

Leila Saari

# Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus – Suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Päivämäärä 24.4.2012

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Leila Saari Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus – Suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla  70 sivua + 3 liitettä 24.4.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Tuija Uski-Tallqvisti Lehtori Minna Elomaa-Krapu Työelämäohjaaja erikoissuunnittelija Leena Timonen HYKS
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyöntekijöiden välisessä tiedonsiirrossa iltavuoron aluksi vastaanotettavassa hoitotyön raportoinnissa neljällä kirurgisella vuodeosastolla, joista kahdella on perinteinen suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätyn aineiston perusteella verrata kahta erilaista raportointikäytäntöä, onko raportissa jokin selkeä strukturoitu rakenne ja toteutuuko potilasturvallisuus molemmissa raportointikäytännöissä samalla tavalla sekä perustuuko vallitseva raporttikäytäntö tutkituun tietoon kuten ISBAR – menetelmä. Toisena tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta tiedonkulkuun liittyvistä potilasturvallisuusriskeistä ja antaa tietoa rakenteellisen raportoinnin menetelmästä sekä potilaan senhetkisen voinnin raportoinnin merkityksestä potilaan hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyökysymykset olivat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mitä tietoa potilaan voinnista ja peruselintoimintojen suureista siirtyy hoitotyön raportointitilanteessa?</li> <li>2. Ilmeneekö raportointitilanteessa potilasturvallisuutta uhkaavia seikkoja?</li> <li>3. Onko vuoronvaihtoon liittyvässä hoitotyön raportoinnissa strukturoitu rakenne, joka perustuu tutkituun tietoon?</li> <li>4. Onko suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa eroja tietosisältöjen suhteen?</li> </ol> <p>Aineiston keruu tehtiin tätä opinnäytetyötä varten suunnitellulla strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 2) sähköisen Digium- Enterprise ohjelman avulla. Kyselyssä oli 10 taustakysymystä, 26 väitettä ja yksi avoin kysymys. Väittämät tehtiin ISBAR- rakenteellisen raportointimenetelmän avulla. Kysely suoritettiin kokonaisotantana kaikkien neljän osaston hoitohenkilöstölle ja osastonhoitajille (N = 75). Digium- Enterprise ohjelma tuotti valmiin analyysin määrälliseen aineistoon. Avoin kysymys analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Kyselyyn vastasi 68 % (n = 51), avoimeen kysymykseen saatiin vastauksia yhteensä 31 (suullinen 21 % vs. hiljainen 10 %). Tulosten perusteella voitiin todeta, että puutteita esiintyi kaikilla ISBAR- raportointimenetelmän perusteella tarkastelluilla osa-alueilla ja kummassakin raportointikäytännössä ilmeni potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä. Raportointimenetelmät eivät perustuneet tutkituun tietoon, mutta kummassakin raportointimenetelmässä oli selkeä rakenne.</p>	
Avainsanat	Potilasturvallisuus, haittatapahtuma, hoitotyön raportointi, tiedonkulku

Author(s) Title	Leila Saari The flow of information in nursing practice and patient safety – Data transferring during oral and silent shift reporting in surgical units
Number of Pages Date	70 pages + 3 appendices 24 April 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Tuija Uski-Tallqvist, Lecturer Minna Elomaa-Krapu, Lecturer Leena Timonen, Senior Planning Officer, HUCH
<p>The purpose of this final project was to examine how patient safety is realized during data transfer in nursing reporting during the evening shift change on four surgical units. The aim of this final project was to compare two different shift reporting practices and determine whether shift reporting had a clear structure and whether patient safety is realized the same manner in both reporting practices. Another aim was to find out whether shift reporting contains a clear structure, for example, a structure based on ISBAR- method and if the existing reporting practise is based on scientific knowledge. The third aim of final project was to improve knowledge of nursing staff about patient safety risks during data transfers and to give information on structured reporting method and importance on the of informing about patient's current condition.</p> <p>The research questions were:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What kind of information about the patient's condition and vital signs is transferred during the nursing shift report?</li> <li>2. Do any patient safety threats exist in nursing shift reporting?</li> <li>3. Is the existing shift reporting practice based on scientific knowledge?</li> <li>4. Are there differences between oral and silent reports in terms of their information content?</li> </ol> <p>The data were gathered with a structured questionnaire designed for this study (appendix 2) using an electrical Digium- Enterprise survey program. There were ten background questions, twenty six claims, and one open-ended question in the questionnaire. The claims on the questionnaire were composed based on selected aspects of the ISBAR- structured reporting method. The questionnaire was administered electronically to a total sample of N = 75 practicing nurses and nurse managers. The Digium-Enterprise survey program produced a complete analysis of the quantitative material. The open-ended question was analysed by using inductive content analysis.</p> <p>Sixty-eight (68) percent (n = 51) answered the questionnaire, 31 responders were received for open-ended question (oral report 21 and silent report 10). Based on the survey results, there were knowledge deficiencies in all survey categories and related to both shift reporting practises. areas defences in both reporting practises. The study results also showed that there were some patient safety threats present and that the existing reporting practises were not based on scientific knowledge. However, they did include a clear structure.</p>	
Keywords	Patient safety, adverse event, shift handover, flow of information

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasturvallisuus	3
2.1	Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö	4
2.2	Potilasturvallisuusorganisaatioiden toiminta	6
2.3	Potilasturvallisuus ja kommunikaatio	8
3	Hoitotyön raportointi tiedonkulun välineenä ja sen merkitys potilasturvallisuudessa	11
3.1	Kielen merkitys viestin välityksessä hoitotyössä	11
3.2	Kirjaamisen merkitys hoitotyön raportoinnissa	12
3.3	Hoitotyön raportointikäytännöt	14
3.4	Suullinen raportointi	16
3.5	Vuoteenvierusraportointi	17
3.6	Hiljainen raportointi	17
3.7	Strukturoitu rakenteellinen raportointimenetelmä ISBAR	19
3.8	Potilaan tilanarvio	20
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyökysymykset	21
5	Tiedonhaku	22
6	Aineiston keruu ja analysointi	23
6.1	Yleistä määrällisestä tutkimuksesta	23
6.2	Kyselylomakkeen laatiminen	24
6.3	Opinnäytetyön aineiston keruu	26
6.4	Opinnäytetyön aineiston analyysi	27
6.4.1	Määrällisen aineiston analyysi	27
6.4.2	Laadullisen aineiston analyysi	28
7	Opinnäytetyön tulokset	31
7.1	Vastaukset taustakysymyksiin	31
7.2	Vastaukset sisältöväittämiin	35
7.2.1	Tunnistaminen (Identification)	35
7.2.2	Potilaan tilanne (Situation)	37

7.2.3	Potilaan taustatiedot (Background)	38
7.2.4	Potilaan tilanarvio (Assessment)	38
7.2.5	Suositukset (Recommendation)	42
7.3	Nykyisen raportointikäytännön merkitys potilasturvallisuuden toteutumisessa	43
8	Opinnäytetyön eettisyys	47
9	Opinnäytetyön luotettavuus	48
10	Pohdinta ja jatkosuositukset	53
10.1	Pohdinta	53
10.2	Jatkosuositukset	61
	Lähteet	64
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedote opinnäytetyöhön liittyvästä kyselystä	70
	Liite 2. Opinnäytetyön kysely	71
	Liite 3. Suomen Sairaanhoidtajaliiton raportointiohje ISBAR	75

## 1 Johdanto

Potilasturvallisuus on noussut yhdeksi keskeisimmäksi terveydenhuollon kehittämiskohdeksi potilastietojärjestelmien rinnalla. Suomessa on asiaan vasta muutama vuosi sitten alettu kiinnittää huomiota laajemmaltikin. Ensimmäisessä potilasturvallisuuskonferenssissa 2009 julkaistiin Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009 – 2013, jonka jälkeen se on saanut myös lainsäädännöllisen perustan keväällä 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa. Kyseessä on merkittävä terveydenhuollon ongelma, joka on saanut myös viime aikoina paljon mediahuomiota. Taloudellisesti asiaa tarkasteltuna puhutaan jopa yhden miljardin luokan kustannuksista, inhimillisestä kärsimyksestä puhumattakaan. Aihetta on käsitelty valtakunnan suurissa päivälehdissä. On arvioitu, että maassamme kuolee vuosittain jopa 1700 potilasta hoidon aikana sattuneen hoitovirheen vuoksi. Tämä on todella merkittävä ongelma. Tilastojen mukaan tieliikenteessä kuolee Suomessa vain noin 350 henkilöä vuodessa, mutta asiaa on huomattavasti enemmän käsitelty mediassa. (Kohn – Corrigan – Donaldson 1999: 2; Pasternack 2006: 2459; Peltomaa 2009a: 17–27; STM 2009a: 3.)

Suomen terveydenhuollossa on laatutyötä tehty jo pitkään erityisesti 1990-luvulla, mutta huomion kiinnittäminen potilasturvallisuuden kehittämiseen on alkanut vasta 2000-luvun puolivälissä. Suomessa ei ole tehty epidemiologisia tutkimuksia hoidon aikaisista virheistä ja hoitovahingoista. Hoitotieteellistä tutkimusta potilasturvallisuudesta maassamme ei myöskään ole tehty ennen 2000-luvun loppua ja tutkimuksia löytyy toistaiseksi vielä vähän. Muualla maailmassa aihe on ollut esillä jo huomattavasti aiemmin ja siihen liittyviä tutkimuksia löytyy jo 1980-luvulta lähtien. Vuosisadan vaihteen molemmin puolin tutkimusten määrä on lisääntynyt. Monissa maissa on myös kansallisia terveydenhuollon laadunarviointia suorittavia ja koordinoivia organisaatioita. Suomessa ei ole tehty vastaavia kansallisia potilasturvallisuustutkimuksia tutkimuksia ole tehty. Terveydenhuollon oppilaitoksissa tehtyjä opinnäytetöitä ja lääketieteellisiä tutkimuksia aiheesta kuitenkin löytyy. (Kinnunen – Peltomaa 2009: 13–14); Pasternack 2006: 2459; Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011: 33.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyöntekijöiden välisessä tiedonsiirrossa iltavuoron aluksi vastaanotettavassa hoitotyön ra-

portoinnissa neljällä kirurgisella vuodeosastolla, joista kahdella on perinteinen suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö. Tarkastelun perustana käytetään ISBARia (Identification, Situation Background, Assessment ja Recommendation), rakenteellisen raportoinnin menetelmää, joka on käytössä mm. Yhdysvalloissa ja Australiassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätyn aineiston perusteella verratta kahta erilaista raportointikäytäntöä, onko raportissa jokin selkeä strukturoitu rakenne ja toteutuuko potilasturvallisuus molemmissa raportointikäytännöissä samalla tavalla sekä perustuuko vallitseva raporttikäytäntö tutkittuun tietoon kuten ISBAR – menetelmä. Toisena tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta tiedonkulkuun liittyvistä potilasturvallisuusriskeistä ja antaa tietoa rakenteellisen raportoinnin menetelmästä sekä potilaan senhetkisen voinnin raportoinnin merkityksestä potilaan hoidossa. HUSissa sekä konsernin että hoitotyön strategiassa potilasturvallisuus on keskeisellä sijalla vuonna 2011, joten opinnäytetyön aihe on työelämän kehittämisenäkökulmasta ajankohtainen ja tärkeä. Operatiivisen tulosyksikön hoitohenkilöstön ja hoitotyön johdon edustajat ovat ilmaisseet pitävänsä aihetta kiinnostavana ja hyödyllisenä hoitotyön kehittämisessä.

## 2 Potilasturvallisuus

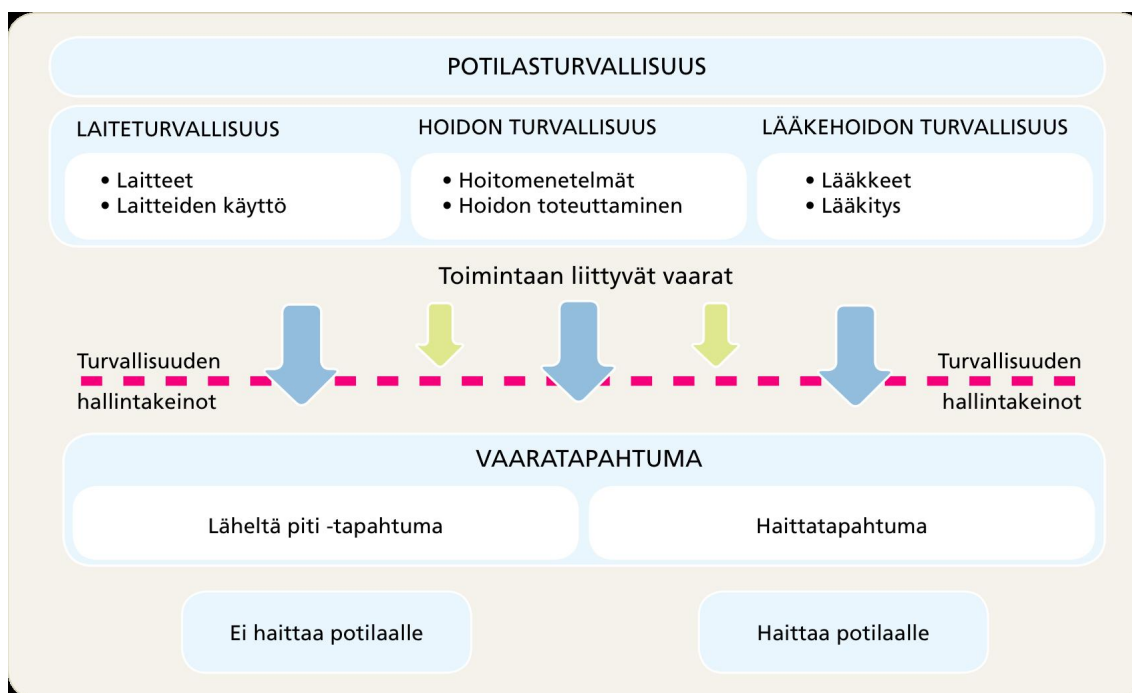
Potilasturvallisuudella tarkoitetaan systemaattista toimintatapaa sekä sitä tukevaa johtamista, asenteita ja arvoja, jotka johtavat parempaan potilasturvallisuuteen. Ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet, sekä jatkuva toiminnan kehittäminen kuuluvat potilasturvallisuuteen. (STM: 2009b; 11–12.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon asiakkaan riskin minimoimista kohdata mahdollisesti potentiaalinen vaaratilanne tai potilaaseen kohdistuvien epätarcoituksenmukaisten toimenpiteitten välttämistä. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan myös terveydenhuollossa toimivien yksiköiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on hoidon turvallisuuden varmistaminen ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa mahdolliselta haitalta välttymistä hoidon aikana sekä hyvää laite- ja lääkehoidon turvallisuutta. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat edellä mainittujen seikkojen lisäksi potilas itse, hänen omaisensa ja hoitoyksikön organisatoriset tekijät. Potilasturvallisuuskäsite pitää sisällään hoidon turvallisuuden, laite- ja lääkehoidon turvallisuuden. Kaksi edellisistä kuuluu hoidon turvallisuuteen, mutta tärkeytensä vuoksi termit on eroteltu hoidon turvallisuudesta. Hoidon turvallisuus koostuu hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuudesta. Laiteturvallisuuteen liittyy laitteiden ja niiden käytön turvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus puolestaan tarkoittaa lääke- ja lääkitysturvallisuutta. Lääketurvallisuus pitää sisällään lääkevalmisteiden farmakologiaan sekä lääkkeiden tunnistamiseen liittyvät asiat ja valmistukseen liittyvät laatuasiat. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen liittyviä turvallisuusseikkoja. (Stakes–Rohto 2006:5–6; Yli-Villamo 2008: 8; Kinnunen – Peltomaa 2009: 37–39; Helovuori ym. 2011: 3–17; THL 2011: 7.)

Vaaratapahtuma tarkoittaa tilannetta, jossa potilasturvallisuus on uhattuna tai se voi jopa aiheuttaa potilaalle haittaa. Aina hoitotapahtumassa ei virhettä pääse syntymään, koska virhe voidaan havaita ajoissa ja vaaratapahtumaa ei pääse syntymään. Tällöin puhutaan suojauksista, jotka estävät tapahtuman ja tapahtumaa pidetään ns. läheltäpiti tilanteena. Mikäli suojaukset pettävät, vaaratapahtuma syntyy ja siitä voi olla seurauksena niin kutsuttu läheltä piti tapahtuma ja tilanteesta ei muodostu haittatapahtumaa. Haittatapahtuman synnyttyä potilaalle aiheutuu haitta, joka luokitellaan potilastai lääkevahingoksi. Haittavaikutuksella tarkoitetaan potilaalle aiheutuvaa haittaa, joka



voi johtua sairauden ehkäisyyn, taudin määrittämiseen tai hoitoon käytettävien tavanomaisten hoitomenetelmien tahattomasta vaikutuksesta, jonka seurauksena potilaalle aiheutuu objektiivinen haitta, hoidon pitkittyminen tai hoitokustannusten nousu. Potilas saattaa altistua haittatapahtumalle myös puutteellisen tiedonkulun seurauksena. Kuviossa 1 on kuvattu potilasturvallisuuden eri osa-alueet ja potilaalle mahdollisesti aiheutuvat seuraukset suojausmekanismien pettäessä. (Stakes–Rohto 2006: 6–7; Kinnunen–Peltomaa 2009: 37–39; Helovuori ym. 2011: 13–17.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuuskaavio (Kinnunen ym 2009)

## 2.1 Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö

Potilasturvallisuuteen ja dokumentaatioon liittyvää lainsäädäntöä on Suomessa runsaasti. Keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä lakeja ovat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattilaista 559/1994, Potilasvahinkolaki 395/1986, Lääkelaki 395/1987, Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010, sekä Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Lisäksi potilasturvallisuudesta on olemassa Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Lakeja on olemassa

myös yksilön ja potilaan asemasta ja ne ovat laadultaan yleisluontoisempia, kuten henkilötietolaki. (Helovuori – Kinnunen – Peltomäki – Pennanen 2011: 38–40.)

Suomen eduskunta vahvisti 30.12.2010 terveydenhuoltolain 1326/2010, joka astui voimaan 1.5.2011. Terveydenhuoltolaissa määriteltiin ensimmäisen kerran selkeästi käsite potilasturvallisuus. Lain 8 § käsittelee laatua ja potilasturvallisuutta. Pykälän mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi lain pykälä velvoittaa terveydenhuollon yksiköt laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta sekä velvoittaa terveydenhuollon yksikön toimimaan yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen tuottajien kanssa potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Erillisellä Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään potilasturvallisuussuunnitelmassa sovittavista asioista. Asetus, joka tuli voimaan samana päivänä lain kanssa, antaa ohjeita potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä pykälässä 1 ja suunnitelman täytäntöönpanosta toisessa pykälässä. Lisäksi asetuksen 3 §:ssä ohjeistetaan potilaalle ja heidän läheisilleen suunnitelmasta tiedottamisesta ja heidän mahdollisuudestaan olla edistämässä ja vaikuttamassa laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Terveydenhuoltolaki 9 § määrittelee myös, mitä tarkoitetaan potilastietorekisterillä. Potilasasiakirjat, jotka on tuotettu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä, muodostavat yhteisen potilasasiakirjarekisterin. Rekisterin tietoja käytetään terveydenhuollon yksiköissä potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilaalla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden terveyden tai sairaanhoitopalvelujen käyttäjiä tai niiden kohteena muuten olevia henkilöitä. Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sekä siihen liittyvä asetus (1998) määrittelevät, mitä tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävillä, saapuneilla tai laadituilla asiakirjoilla tai teknisillä tallenteilla, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Jokaisen terveydenhuollossa työskentelevän tulee kirjata terveyden tai sairauden tutkimusta ja hoitoa tai kuntoutusta koskeva suunnitelma hoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi aikatauluineen yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen omaisensa tai lähei-

sensä kanssa. Hyvä dokumentointi on perusedellytys hoidon jatkuvuuden takaamiseksi ja hyvän tiedonkulun varmistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä määritellään, ketkä saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Asetuksessa määritellään myös, miten ja missä laajuudessa sekä missä ajassa merkinnät tulisi suorittaa, sekä miten mahdolliset konsultaatiomerkinnot kirjataan ja miten mahdolliset kirjausvirheet korjataan. Asetuksessa määritellään myös, miten riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäilyistä vahingosta on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. Asetuksessa mainitaan myös tarkemmin henkilötietolaissa 11 §:ssä määritellyjen arkaluontoisten tietojen merkitseminen potilaan tietoihin. (Arkistolaki 1994/831, Erikoissairaanhoidonlaki 1989/1062, Henkilötietolaki 1999/523, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009)

Työturvallisuuslain (2002/738) mukaan hoidon turvallisuudessa tulee korostua ennaltaehkäisyä ja vaaratekijöiden tunnistamisen, sekä mahdollistaa virheistä oppiminen ja niiden ennaltaehkäisy. Laissa terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) korostetaan sitä, että lääkintälaitteiden käyttäjällä tulee olla riittävä koulutus ja kokemus. Lisäksi laki edellyttää, että laitteita käytetään käyttötarkoituksen ja ohjeitten mukaisesti. Lääkelaisissa (1987/395) pyrkimyksenä on edistää ja ylläpitää turvallista lääkkeiden käyttöä ja valmistusta. Laissa käsitellään lääkkeen valmistamiseen, varastointiin ja myyntiin liittyviä asioita, ei niinkään niiden antamiseen hoitotyöntekijöiden toimesta. Valtioneuvoston asetuksessa 1989/2010 määritellään terveydenhuollon henkilöstön rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden erityis pätevyysliittymä lisäkoulutus, osaamisen näyttö, luvan saamisen ehdot ja kuka voi kirjoittaa todistuksen koulutuksen suorittamisesta hyväksytysti. (Lääkelaki 1987/395, Työturvallisuuslaki 2002/738, Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010, Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010.)

## 2.2 Potilasturvallisuusorganisaatioiden toiminta

Potilasturvallisuuskeskustelu ja tutkimustoiminta saivat laajaa kansainvälistä huomiota vuonna 1999 julkaistun Institute of Medicine (IOM) julkaiseman raportin: ("To Err is Human"), jonka mukaan potilaita menehtyy terveydenhuollon antamiin hoitoihin liitty-

viin haittatapahtumiin arviolta 44 000–98 000 vuosittain Yhdysvalloissa. Haittatapahtumakuolemien vuosittainen määrä on huomattavasti suurempi kuin AIDSiin, liikenneonnettomuuksiin tai rintasyöpään kuolee vuosittain. Meta-analyysitutkimuksessa käytiin läpi maailmanlaajuisesti tehdyt potilasturvallisuustutkimukset ja tulosten mukaan haittatapahtumia esiintyy 3 - 16 %:ssa sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen tuloksena määriteltiin myös 23 erilaista aihealuetta, joiden perusteella voidaan potilasturvallisuuden rakennetta, prosesseja ja tuloksia arvioida. British Medical Journalissa (BMJ) Reason ym. käsittelivät potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä artikkelissaan Human error – models and management. Vaaratapahtumien syiden tutkimisessa voidaan käyttää joko henkilöön tai systeemiin kohdistuvaa lähestymistapaa. Yksilöön kohdistuvassa tarkastelussa jää kuitenkin usein vaaratapahtuman syntyyn johtavat taustalla vaikuttavat ja usein piilevät seikat huomiotta, ja tällöin saattaa todellisuudessa käydä niin, että tilanne ei korjaannu, mikäli myötävaikuttaviin seikkoihin ei kiinnitetä huomiota. (Kohn ym 1999: 1; Reason 2000: 768–770; Jha – Prasopa-Plaizier – Larizgoitia – Bates 2011: 42–43.)

Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti lokakuussa 2004 potilasturvallisuusohjelman, World Alliance for Patient Safety, jonka tarkoituksena oli ottaa potilasturvallisuuden kehittämiseen mukaan myös potilaat ja muu väestö. HUSin Peijaksen sairaalassa käynnistettiin 2005, Viisas oppii virheistään projekti, joka oli ensimmäinen Suomessa toteutettu systemaattinen tiedonkeruu sairaaloissa tapahtuvista virhetapahtumista. Hanke toteutettiin neljän kuukauden aikana kymmenellä vuodeosastolla, ja tarkastelun kohteina olivat virheet lääkehoidon toteuttamisessa. Havaittujen ja raportoitujen virheiden määrä oli 129, joista kirjaamisvirheitä oli 34 %. Tuolloin ei ollut vielä käytössä haittatapahtumarekisteriä HaiPro- järjestelmää, vaan tiedot kerättiin HILMO- hoitoilmoitusrekisterijärjestelmään. Euroopan Unioni (EU) käynnisti vuonna 2008 kolmivuotishankkeen EuNetPas, jossa tavoitteena on potilashoidon laadun nostaminen ja potilasturvallisuuden lisääminen asiantuntijoiden luomien hyvien käytänteiden käyttöön oton avulla. Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuolto-organisaatioita laatimaan potilasturvallisuus- ja laadunhallinnan suunnitelman ja niitten täytäntöönpano-ohjeistuksen. (HUS 2005; Ritmala-Castrén 2005; Euroopan unioni 2009; Peltomaa 2009: 17–27; STM 2009; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, STM 2011.)

### 2.3 Potilasturvallisuus ja kommunikaatio

Potilasturvallisuuskulttuuria on tutkittu neljän sairaalan potilastyöhön osallistuvalla henkilökunnalla. Tuloksista ilmeni, että arvio kommunikaation avoimuudesta oli eri vastaajaryhmissä (sairaanhoitajat ja lääkärit) erilainen. Sairaanhoitajista 64 % arvioi hoitohenkilökunnan aktiivisesti ottavan esille potilashoitoa vaarantavat asiat, kun taas lääkäreistä vain 53 % oli tätä mieltä. (Seppänen 2009: 22–50.) Yksityissairaalassa suoritettussa potilasturvallisuuskulttuuritutkimuksessa tuli myös esille kommunikaation olevan avointa mikäli hoitamisessa ilmeni seikkoja, joiden katsottiin vaarantavan potilasturvallisuuden. Tulosten mukaan 58 % henkilökunnasta arvioi nostavansa esiin jatkuvasti ja usein asioita, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta. Hyvän ja avoimen kommunikaation todettiin liittyvän hyvään tiimityöhön. Tutkimuksesta ei ilmennyt, mitä näillä potilasturvallisuutta vaarantavilla asioilla tarkoitettiin. (Tirkkonen 2011: 23–54.)

Erään yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalla tehdyssä tutkimuksessa (N=15) potilasturvallisuutta heikentävinä tekijöinä nousivat esille kirjaamiseen liittyvät tiedonkulkukatkokset. Esimerkkinä mainittiin muun muassa virheet lääkemääräysten kopiointissa paikasta toiseen. Merkittäväksi potilasturvallisuutta parantavaksi tekijäksi koettiin suullinen kommunikaatio sekä selkeät hoito-ohjeistukset. Potilaan tunnistetietojen kirjaamisen potilasasiakirjoihin ja kirjallisten lääkemääräyksien koettiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen positiivisesti. (Yli-Villamo 2008: 23–58.)

Yhdessä sosiaali- ja terveystieteissä tehdyssä HaiPro- ilmoitusten tarkasteluun perustuvassa tutkimuksessa, jossa selvitettiin tiedonkulkua potilasturvallisuuskulmasta, nousi esille erilaisiin tiedonkulun osa-alueisiin ja tiedon siirtämiseen liittyviä vaaratapahtumia. Tutkimukseen otettiin vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmästä kaikki (N=123) tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät ilmoituksista. Tulosten mukaan suurin osa tiedon kulkuun ja tiedon hallintaan liittyvistä ilmoituksista (45,5 %) kohdistui potilastiedon hallintaan ja seuraavaksi suurin osa (25,2 %) suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään. Vakavia vaaratapahtumia ilmeni 3,3 %. Tuloksissa mainitaan vaaratilanteiden syiksi puuttuvat potilasdokumentit, virheelliset kirjaukset, lääkitysohjeissa olevat ristiriitaisuudet, epäselvät hoitojärjestelyt, väärään paikkaan tehdyt potilaskirjaukset tai jopa väärin potilasasiakirjojen toimittaminen, sekä informaation puute tehdyistä muutoksista potilaan hoitosuunnitelmaan. Ajoittain ilmeni myös toimintakatkoksia sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Tuloksista voi tehdä sen johtopäätöksen, että tiedonkulku on

sangen monitahoinen ja monivaiheinen prosessi, johon voi vaikuttaa monenlaiset systeemivirheet. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi tulisi jokaisessa osavaiheessa olla jonkinlainen varmistusjärjestelmä. Johtopäätöksissä tulee esille se, että potilasturvallisuutta voitaisiin mahdollisesti parantaa ottamalla käyttöön strukturoidut potilastiedon välittämistavat, kuten kansainvälisissäkin tutkimuksissa on osoitettu. (Kurronen 2011: 31–33.)

Potilasturvallisuuskulttuurin moniulotteisuutta tarkastelevassa, neljässä sairaalassa kaikille potilastyötä tekeville ammattiryhmille (N=333) verkkokyselynä suoritetussa tutkimuksessa, tuli esille yhtenä potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä puutteellinen tiedonsiirto erikoissairaanhoidon yksikössä potilassiirtojen yhteydessä. Tuloksista ilmeni myös muita viestintään liittyviä ongelmia sekä ajanpuutteen että tiedon pirstaleisuuden vuoksi. Tietoa piti kerätä monista eri paikoista, kuten paperitiedotteista ja sähköisistä järjestelmistä. Sähköisten tietojärjestelmien osalta ongelmia aiheutui muun muassa siksi, että potilaan hoitoon liittyi useita eri tietojärjestelmiä, joiden keskinäinen yhteensopimattomuus ja käyttöliittymien monimutkaisuus heikensivät potilasturvallisuutta. Lisäksi sähköisissä tietojärjestelmissä ajoittain esiintyneet katkokset vaaransivat potilasturvallisuuden. Heikot henkilöstöresurssit aiheuttivat myös ongelmia jaksamisessa ja ihmisten työskentelyn pitkäkestoisen paineen alla, tiedetään yleisesti vaikuttavan ihmisen kykyyn muistaa tai vastaanottaa tietoa. (Varis 2011: 17–49.)

Terveystieteenhuolto kuuluu sosio-tekniiseen systeemiin, joka on kompleksinen ja jolla on taipumus johtaa onnettomuuksiin. Tällaisessa toimintaympäristössä kommunikaatio on yksi suurimmista vaaratilanteiden aiheuttajista. Puutteellinen ja huonolaatuinen kommunikaatio on yksi merkittävimmistä piilevistä tekijöistä, joka aiheuttaa haittatapahtumia. Tutkimuksessa jossa selvitettiin kommunikaation rakenteita, mallinnettiin kommunikaatiossa tapahtuvia ilmiöitä ja niihin liittyviä riskejä ja havaittiin rakenteellisen raportointijärjestelmän ja siihen liittyvän tiedon lähettäjään ja vastaanottajaan liittyvien riskien arvioinnin parantavan informaation laatua ja potilasturvallisuutta. (Mistrzyk 2011: 509–518.) Yhdysvaltojen ja Australian sairaaloissa on havaittu terveydenhuollon ammattilaisten välisen huonotasaisen kommunikaation olevan 11–50 %:ssa mukana haittatapahtuman synnyssä. Suomessa tehdyn selvityksen mukaan Vaasan sairaanhoitopiirissä tiedon kulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumia raportoitiin olevan 20 %.

(Lardner 1996: 2; Riesenbergr – Leitzsh – Little. 2009: 196–197; Street ym. 2011: 133–140; Niemi-Murola – Mäntyranta 2011: 21.)

Hoitotyön raportoinnin tulisi tarjota päivitettyä tietoa potillaan voinnista, hoidoista ja potilaan voinnin muutoksiin yhteydessä olevista tekijöistä. Hyvät kommunikaatiotaidot ovat edellytyksenä tehokkaalle ja laadukkaalle tiedonsiirrolle. Potilasraportointiin käytetään merkittävä osa päivittäisestä työajasta. Potilaiden hoidon tehokkuuden kasvu lyhentyneine hoitoaikoinen aiheuttaa hoitoyksiköissä työkuorman kasvua ja kiirettä. Hoitohenkilökunnasta nykyaikana iso osa on osa-aikaisia työntekijöitä, ja sijaisten määrä on suuri. Nämä tekijät aiheuttavat haasteita tiedonkululle. Tehottomat raportointikäytännöt voivat johtaa sekä potilaat että hoitajat vaaratilanteisiin, jotka johtuvat epätarkoituksenmukaisesta ja arvailujen varaan jäävästä tiedosta ja johtaa myös resurssien epätarkoituksenmukaiseen ja tehottomaan käyttöön. (Riesenbergr ym. 2010: 196–197.) Ongelma ei ole yksinomaan hoitotyöntekijöiden välisessä kommunikaatiossa. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin lääketieteen opiskelijoiden kykyä käsitellä ja siirtää hoitotietoa, sekä kykyä työskennellä tiimissä ja johtaa hoitotilannetta selvisi, että potilasturvallisuuden keskittyvällä simulaatiokoulutuksella, roolipeleillä ja ryhmäkeskusteluilla voitiin parantaa potilasturvallista tiedonsiirtoa. (Gordon – Findley 2011: 1081.) Tutkimuksissa on käynyt ilmi myös, että raporttitilanteessa merkityksellisestä tiedosta saattaa siirtyä alle puolet ja toisaalta 50 % välitettävästä informaatiosta saattaa olla epätarkoituksenmukaista. (Dowding 2001: 836–845).

Suurella Australialaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että osastoilla oli hyvin vaihtelevat raportointikäytännöt. Osalla osastoista oli käytössä keskitetty raportti, jota täydennettiin potilasasiakirjoista ja potilaalta saadulla tiedolla. Tutkimuksessa implementoitiin vuoteenvierusraporttikäytäntö ja verrattiin kahden ja yhden raportointikerran eroja ajallisesti. Yhteen raportointikertaan siirtyminen lyhensi merkittävästi tiedon välittämiseen kuluva-aikaa työvuoron aikana ja lisäksi se mahdollisti potilaan ja hänen läheistensä osallistumisen, mikä paransi heidän tietoisuuttaan hoitosuunnitelmista. Tutkimusten mukaan pidempi raportointiaika korreloi huonompaan informaation siirtymiseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että strukturoidun SBAR- menetelmän käyttö tarkistuslistoineen antoi viitteitä raportointitekniikan kehittymisestä tehokkaammaksi, mutta tarvittaisiin pitkän aikavälin evaluointia, ennen kuin saaduista tuloksista voitaisiin tehdä pitemmälle meneviä johtopäätöksiä. (Street ym. 2011: 133–140). Toisessa Aust-

raliassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa analysoitiin kaikkiaan 532 vuoteenvierusraportointitilannetta, ilmeni, että SBAR- menetelmää käytettiin vain erityistilanteissa, josta syystä menetelmän vaikuttavuutta on vaikea arvioida. (Chaboyer – McMurray – Wallis 2010: 27–34.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kaikista englanninkielisistä julkaisuista vuosilta 1987–2008, ilmeni, että erilaisen rakenteellisen raportoinnin käytäntöjä oli kuvattu 24, mutta valtaosassa käytettiin SBAR- menetelmää. Suuri osa julkaisuista (83 %) oli vuosilta 2006–2008. Meta-analyysistä ilmeni, että valtaosa tutkimuksista oli validiudeltaan heikkoja pienen otoskoon vuoksi ja vain 9 % artikkeleista oli review- artikkeleita. (Riesenberg ym. 2009: 196–202.)

### 3 Hoitotyön raportointi tiedonkulun välineenä ja sen merkitys potilasturvallisuudessa

Tiedonkululla tarkoitetaan sitä potilaasta annettavaa tietoa, joka siirtyy terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä (THL 2011: 26–27). WHO määrittelee kommunikoinnin kielellä, merkeillä tai symboleilla viestimiseksi. Määritelmä pitää sisällään viestin tuottamisen ja sen ymmärtämisen. Kommunikaation elementtejä ovat kielellinen ja ei-kielellinen viestintä, suorien ja epäsuorien merkitysten ymmärtäminen sekä yleisten merkkien, symbolien, piirrosten ja valokuvien ymmärtämisen. (WHO 2001: 58–59.)

#### 3.1 Kielen merkitys viestin välityksessä hoitotyössä

Kieli toimii välineenä hoitotyön tiedonkulussa, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan hoitotyön raportointia. Yleiskielellä tarkoitetaan arkikieltä jokapäiväisessä suulliseen tai kirjalliseen tiedonkulkuun perustuvassa vuorovaikutuksessa kahden tai useamman ihmisen välillä. Hoitotyön tiedonsiirrossa kielen merkitys korostuu erityisesti monikulttuurisessa hoitotyössä, jossa vallitsevan kielialueen niin sanotun arkikielisen kommunikaation lisäksi käytetään myös ammattikieltä omine hoitokulttuuriin liittyvine käytäntöineen. Lisäksi potilasta hoidetaan moniammatillisissa hoitotiimeissä, mikä tuo omat haasteensa kommunikointiin, koska jokaisella ammattiryhmällä on oma näkökulmansa hoitoon ja oman ammattikuntansa tapa kommunikoida. Ammattikieli on erikoiskieltä, joka pitää sisällään siihen kuuluvan termistön ja sitä käyttävät samaan ammattikuntaan kuuluvat



spesialistit tietyssä kontekstissa. Tässä opinnäytetyössä konteksti tarkoittaa potilaan hoitamiseen liittyviä toimintoja. Ammattikielelle on ominaista, että se pitää sisällään myös ammattislangin, jolla tarkoitetaan omaa erikoistermistöä, ja jossa käytetään sille ominaisia lyhenteitä ja symboleja. Tiedonsiirron ja erityisesti potilasturvallisuuden kannalta oleellista on se, että käytetyt käsitteet ovat yksiselitteisiä ja selkeitä kaikille potilaan hoitoon osallistuville kaikissa potilaan hoitoon osallistuvissa yksiköissä. (Wilskman 1999: 45–46.)

### 3.2 Kirjaamisen merkitys hoitotyön raportoinnissa

Hoitotyön toteuttaminen ja raportointi perustuvat kirjaamiseen eli dokumentaatioon, jonka laadulla on myös keskeinen merkitys potilasturvallisuuden toteutumisessa. Hyvä dokumentointi mahdollistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja voinnista tiedottamisen. Dokumentaatiota säädellään laeilla ja asetuksilla. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt myös ohjeen potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Dokumentteja ovat manuaaliset ja sähköiset potilasasiakirjat, tekniset tallenteet, kuten esimerkiksi röntgenkuvat ja EKG-nauhat, sekä muut ääni- ja kuvatallenteet. Laeissa ja asetuksissa määritellään, kenellä on oikeus ja velvollisuus tehdä merkintöjä ja mistä kaikista potilaan hoitoon liittyvistä asioista merkinnät tulee tehdä, kuka niitä saa tarkastella ja miten mahdolliset kirjausvirheet tulee korjata sekä miten asiakirjoja tulee säilyttää. Potilasturvallisuuteen liittyvissä laeissa ja asetuksissa on myös dokumentaatioon liittyviä pykälä ja momentteja, mutta keskeiset säädökset löytyvät potilaslaista, henkilötietolaista, erikoissairaanhoidolaista, arkistolaista ja laista terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (STM 2001: 4–18.)

Valtioneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen, jonka mukaan Suomessa tulisi olla vuoteen 2007 mennessä käytössä sähköinen sairauskertomus. Hanke käynnistettiin parantamaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä mahdollistamaan kustannustehokkaampien toimintamallien käyttöönottoa. (STM 2004.) Sosiaali- ja terveysministeriö on myös julkaissut vuonna 2006 Kansalliseen terveysprojektiin liittyen ohjeet sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta (STM 2006).

Rakenteellinen kirjaaminen hoitotyössä perustuu Stakesin (nykyään Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL) FinCC suositukseen (Finnish Care Classification), joka sisältää

Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) ja Suomalaisen hoidon tuloluokituksen (SHTuL). FinnCC syntyi valtakunnallisen sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke HoiDokin ja kirjaamisen yhtenäistämishanke HoiDatan pohjalta. Taulukossa 1 on kuvattu hoitotyön toimintoluokitus, jonka osa-alueita tulisi hoitotyön raportissa välittyä lääketieteellisten tietojen ohella. Kaikki taulukossa kuvatut osa-alueet liittyvät potilasturvallisuuteen, mutta välittömään potilasturvallisuuteen liittyvistä tärkeimmät ovat aineenvaihdunta, aistitoiminta, erittäminen, hengitys, jatkohoito, kudoseheys, lääkehoito, nesteytys, psyykkinen tasapaino, ravitseminen, turvallisuus ja verenkierto. (Tanttu 2008: 1, 13.)

Taulukko 1. Suomalaisen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitus SHTaL v 2.0

Aineenvaihdunta	Kanssakäyminen	Ravitseminen
Aistitoiminta	Kudoseheys	Terveyskäyttäytyminen
Aktiviteetti	Lääkehoito	Terveyspalvelujen käyttö
Elämäntapa	Nesteytys	Turvallisuus
Erittäminen	Päivittäiset toiminnot	Verenkierto
Hengitys	Psyykkinen tasapaino	
Jatkohoito	Selviytyminen	

(Ensio 2009, luento: Hoitotyön systemaattinen, rakenteinen kirjaamismalli)

Sähköisen systemaattisen kirjaamisen yhtenäistyminen Suomessa mahdollistaa myös hoidon laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten aikaisempaa luotettavamman arvioinnin, koska tiedot ovat keskenään vertailtavissa. Kansallisen terveyshankkeen keskeinen tarkoitus on ollut ohjata sähköisen kirjaamisen yhdenmukaisuutta koko Suomessa. Systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että kaikki potilastietojärjestelmiä käyttävät kirjaavat samat tiedot samalla tavalla samaan paikkaan. Valtakunnallisesti määritellyt keskeiset hoitotiedot eli niin kutsutut ydintiedot muodostavat terveydenhuollon rakenteellisen termistön kirjaamisen perustan, jota täydennetään teksteillä. Termistö koostuu nimikkeistöistä, luokituksista ja sanastoista. Rakenteellisen kirjaamisen etuina voidaan pitää myös sitä, että kertaalleen kirjatut tiedot löytyvät valmiina erilaisista lomakepohjista, ja tämä lisää potilasturvallisuutta vähentäen puutteita ja virheitä tiedon uudelleen kirjaamisessa ja tiedonkulussa. Heinäkuussa 2010 voimaan astunut laki sosi- ja terveydenhuollon palvelujen asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa

Kansaneläkelaitoksen vastaamaan sähköisen arkistopalvelun järjestämisestä. (Tanttu 2008: 27–28.)

Rakenteellinen kirjaaminen on saanut osakseen sekä kiitosta että kritiikkiä. Erään tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät kokivat rakenteellisen kirjaamisen sekä myönteiseksi että kielteiseksi. Kirjaamisen selkeys ja turvallisuuden paraneminen koettiin positiivisina asioita. Negatiivisina seikkoina koettiin kirjaamiseen kuluneen ajan lisääntyminen ja kirjatun tiedon lokeroituminen, kirjaamisen päällekkäisyys, komponenttien runsaus ja tiedon etsimisen hitaus. Lisäksi hoitotyöntekijät kokivat kirjaamisen lisäävän työn kuormittavuutta ja vähentävän potilaan kliniseen hoitotyöhön käytettyä aikaa. Moniammatillista yhteistyötä haittasi lääkärin kielteinen suhtautuminen rakenteelliseen kirjaamiseen. Näitten negatiivisina koettujen seikkojen vaikutusta potilasturvallisuuteen ei tutkimuksessa selvitetty. (Laine 2008: 21–37.)

### 3.3 Hoitotyön raportointikäytännöt

Hoitotyön raportoinnilla on pitkät perinteet, jotka juontavat juurensa aina 1880-luvulle, jolloin raportointi sai muotonsa lääketieteestä, Weeks'n kirjoittaman *The Textbook of Nursing* (1885, reprinted 1984) mukaan. Tällöin osastonhoitaja vastaanotti raportin yöhoitajilta ja lääkäreiltä potilaskierroilla ja raportoi edelleen tiedot potilaasta vastuussa oleville hoitajille. Hoitotyön raportoinnissa on tapahtunut vuosikymmenten kuluessa hämmästyttävän vähän muutoksia, ja viime aikoina onkin raportointia kuvailtu kriittisesti rituaaliksi, joka mahdollistaa tehtävän suorittamisen ilman sen ajattelemista ongelmien ratkaisukeinona. Usein ei myöskään mietitä sitä, että käytäntöä voisi muuttaa ja tehtävän suorittaa jollakin toisella tavalla. Raportointi on niin kutsuttua välillistä hoitotyötä, johon kuluu merkittävä osa, jopa 30 – 50 % hoitohenkilöstön kokonaistyöajasta. Raportointikäytäntöjen kehittämisenäkökulma on ollut lähinnä työn tehostaminen. Välillistä työtä on pyritty vähentämään, mutta potilasturvallisuuteen ei niinkään ole kiinnitetty huomiota, vaikka tiedonkulun ongelmien tiedetään olevan yksi yleisimmistä haittatapahtuman aiheuttajista. (Ruuskanen 2007: 4; Kerr – Ly – McKinley – Fuller 2011: 342–343.)

Hoitotyön raportointi sekä Suomessa että muualla maailmassa toteutetaan pääsääntöisesti kolmella erilaisella tavalla. Perinteisen suullisen hoitotyön raportoinnin lisäksi käy-

tetään niin kutsuttua hiljaista raportointia ja vuoteenvierusraportointia. Myös erilaisten teknisten laitteiden välityksellä annettuja raportteja on käytössä muun muassa Yhdysvalloissa. Esimerkkeinä elektronisten laitteiden avulla tapahtuvista raporteista ovat muun muassa nauhoitusten, kuvanauhoitusten tai äänipostin välityksellä tapahtuvat hoitotyön tiedon välitystilanteet. Raportoinnin apuvälineinä käytössä ovat kirjoitetut raporttilomakkeet ja muistitaulut. Huolimatta sähköisen kirjaamisen kehityksestä hoitotyön raportti toteutetaan vielä valtaosin suullisena. (Kuuppelomäki 1994: 172; Timonen 1996: 7–16; Puumalainen – Långstedt – Eriksson 2000: 4; Benson – Rippin-Sisler – Jabusch – Keast 2007: 81; O’Connel – Macdonald–Kelly 2008: 2–4; Riesenbergy ym. 2010: 24–32.)

Hoitotyön raportoinnista on tehty paljon tutkimuksia erityisesti Yhdysvalloissa, Australiassa ja Englannissa. Hoitotyön raportointitutkimuksista on julkaistu myös systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan hoitotyön raportoinnista tehtyjen tutkimusten laatu on ollut pääsääntöisesti heikkotasoisia, eikä yhdenkään hoitotyön raportointikäytännön ole todettu olevan ylivoimaisesti parempi toisiin verrattuna. Hoitotyön raportoinnista julkaistujen tutkimusten systemaattisissa analyysissä on ilmennyt, että otoskoko on usein varsin pieni, joka vähentää näytön voimaa. Yhtään sokkoutettua randomoitua tutkimusta ei löytynyt. Tutkimusasetelma on ollut lähes aina retrospektiivinen, joka tarkoittaa raportointitapaan tehdyn muutoksen jälkeen tehtyä tarkastelua. Tutkimusten raportointitapaan ei ole ollut selkeää strukturoitua rakennetta ja ohjeistusta. Tämä vaikeuttaa tulosten vertaamista keskenään ja niitten siirrettävyyttä toisenlaiseen toimintayksikköön ei tästä syystä ole voitu arvioida. Mahdollisia negatiivisia tutkimustuloksia ei ilmeisesti ole julkaistu ja osaa raporteista ei ole julkaistu tieteellisissä lehdissä eikä käytetty referee- käytäntöä. Tutkimustuloksissa on keskitytty lähinnä käytetyn ajan ja tehdyn intervention teknisen onnistumisen tarkasteluun, eikä johtopäätelmissä ei ole nostettu esiin potilaan näkökulmaa eikä mikä vaikutus koulutuksella on ollut muutokseen. Pitkittäistutkimusta muutoksen vaikutuksista ei juuri ole tehty. Raporteissa ei myöskään ole selkeästi määriteltyjä yhtenäisiä analyysikäytäntöjä tulosten vaikuttavuuden arvioinnista. (Dowding 2000: 844–845; O’Connel ym 2008: 3–10; Riesenbergy ym 2009: 196–202; Riesenbergy ym 2010: 24–30; Cordon – Findley 2011: 1081–1087; Kerr ym 2011: 342–348; Randell – Wilson – Woodward – Galliers 2011: 489–496.)

### 3.4 Suullinen raportointi

Perinteisellä suullisella hoitotyön raportilla tarkoitetaan joko keskitettyä tiedonantotilaisuutta, jossa on koko seuraavaan työvuoroon tuleva henkilökunta paikalla tai pienemmissä ryhmissä toteutettava raportointitilanne. Raportti pidetään yleisimmin joko hoitajien kansliatiloissa tai muussa hoitohenkilöstön tilassa, esimerkiksi taukotilassa. Tämän tiedotustilaisuuden tarkoituksena on siirtää seuraavalle työvuolle potilaan hoitoon liittyvä informaatio edellisessä työvuorossa potilaita hoitaneiden hoitajien tai vastuuhoitajan toimesta. (Lamond 2000: 794.) Tässä kolmesta neljään kertaan vuorokaudessa toteutettavassa raportoinnissa tiedot perustuvat usein ulkomuistiin tai muistiinpanoihin, mutta mukana voivat olla myös erilaiset muistiinpanot ja potilasdokumentit. Suullisen raportin sisällössä on todettu olevan suuria vaihteluita ja puutteita, ja sen on todettu aiheuttavan suuria potilasturvallisuusriskejä. Suullisen raportoinnin ongelmia ovat erilaiset häiriöt ja keskeytykset, epärelevantin tiedon siirto, puutteellinen tieto sekä pitkä ajallinen kesto ja usein tapahtumien toteutumisen (retrospektiivinen) tarkastelu hoitotyön eteenpäin suuntautuvan (prospektiivisen) tarkastelun sijasta. (Lamond 2000: 794; Riesenberg – Leitzsch – Cunningham 2010: 24–25; Street ym. 2011: 133–134). Tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä kielellisen kommunikaation yhdenmukaistamiseen huolimatta siitä, että kyseessä on monimutkainen prosessi, joka on kytkeytyneenä sosiaaliseen ja historialliseen viitekehikseensä (Manias – Street 2000: 373–374).

Suuressa monikansallisessa kymmenessä Euroopan maassa suoritettussa tutkimuksessa (N 22 902) saatiin tulokseksi, että hoitohenkilöstö oli tyytymätön raportointikäytäntöihin. Tutkimuksessa selvitettiin kuuden viikon periodin aikana 23 osastolla raportointikäytäntöjä. Tutkijat havaitsivat suuria eroja raportointikäytännöissä ja raportin kestoajoissa (vaihteluväli 20 - 55 minuuttia). Suomessa tehdyn selvityksen mukaan raporttiajat saattoivat olla jopa yli 100 minuuttia erikoissairaanhoidossa. Huolimatta siitä, että tyytymättömyyttä esiintyi muun muassa keskeytysten, pitkän keston, puutteellisen tai epäoleellisen tiedon vuoksi, liki 82 % vastanneista ei ollut halukkaista muuttamaan nykyistä suulliseen tiedonantoon perustuvaa käytäntöään. (Meißner ym 2007: 535–542; Hoffrén – Huovinen – Mykkänen 2011: 12; Kerr ym. 2011: 342–250.)

### 3.5 Vuoteenvierusraportointi

Suomessa raportointikäytäntöjen kehittäminen merkitsi 90-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa yleensä vuoteenvierusraportointiin siirtymistä yksilövastuullisen hoitotyön yleistyessä. Hoitotyön tiedonsiirto vuoron vaihtuessa tapahtuu potilaan ja mahdollisesti hänen läheisensä välittömässä fyysisessä läheisyydessä, ja siinä voidaan käyttää omia muistiinpanoja, potilaskertomusta joko paperisena tai sähköisenä versiona. Arkaluonteisia tietoja ei kuitenkaan anneta potilaan, potilastovereiden tai omaisten läsnä ollessa suullisesti, vaan ne voidaan antaa joko kirjallisesti tai muussa tilassa. Raportin antaa yleensä potilaan omahoitaja. Vuoteenvierusraportoinnin etuina on pidetty sitä, että potilas nähdään heti ja hänestä voidaan tehdä välittömiä havaintoja ja kysellä potilaalta itseltään lisätietoja voinnista. Myös potilaskeskeisyys korostuu, koska potilas voi myös esittää vointiinsa, tutkimuksiinsa ja jatkohoitoonsa liittyviä tietoja. (Kuuppelomäki 1994: 171–174; Timonen 1996: 83–84; Cahill 1998: 354–358; Chaboyer ym 2009: 140–141; Street ym 2011: 138.)

Tutkimustuloksissa on ollut eroavaisuuksia siinä, miten hoitajat kokevat raportointimetodin hyödyttävän hoitotyötä ja potilasturvallisuutta. Vuoteenvierusraportoinnin on koettu lyhentävän raportointiin käytettyä aikaa, mahdollistavan kokemattomamman hoitajan konsultaation kokeneemmalta ja antavan vuorovastaavalle selkeämmän kuvan yksikön potilaiden hoidon vaatimustasosta. Sekä hoitajien että potilaiden mielestä käytäntö on lisännyt potilaskeskeistä hoitotyötä ja potilasturvallisuutta, koska se on mahdollistanut vuoroon tulevan hoitajan, potilaan tai hänen läheisensä lisäkysymykset potilaan hoitoprosessista. Ongelmiksi on koettu muiden potilaiden, läheisten ja joskus jopa potilaan läsnäolo. Lisäksi seisomisen aiheuttama fyysinen rasitus ja siihen liittyvä epäergonominen muistiinpanojen kirjaustapa on koettu negatiivisiksi asioiksi, kuten myös levottomuus ja melu potilashuoneissa varsinkin vierailujen keskeyttäessä raportointitilanteen. (Kuuppelomäki 1994: 171–174; Puumalainen ym. 2003: 5; Chaboyer ym. 2009: 136–140; Ruuskanen 2009: 13–16; Chaboyer – Mc Murray – Wallis 2010: 27–33; Kerr 2011: 342–348; Street ym. 2011: 133–134.)

### 3.6 Hiljainen raportointi

Sähköisen kirjaamisen kehitys ja terveydenhuollon toiminnan tehostamistarpeet ovat johtaneet raportointikäytäntöjen muutoksiin. Suulliseen tiedottamiseen potilaan hoitoon

liittyvistä asioista, joka on välillistä hoitoa, kuluu jopa 30–50 % hoitohenkilökunnan päivittäisestä yhteenlasketusta työajasta. Monessa terveydenhuollon toimipisteessä onkin siirrytty hiljaiseen raportointiin. Hiljaisessa tiedonsiirrossa seuraavaan työvuoroon tuleva henkilökunnan jäsen katsoo potilaan tiedot joko potilaskansiosta tai sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja saa tarvittaessa kyselemällä lisätietoja potilaasta. Sähköisissä potilastietojärjestelmissä tiedot ovat usein erilaisessa järjestyksessä ja tiedot loke-roituneita eri lehdille, mikä eroaa paperidokumenteista siinä, että tietojen selaaminen saattaa olla hitaampaa ja tiedot saattavat olla eri paikassa kuin on totuttu. Eri tietojen yhtäaikainen tarkastelu ei myöskään välttämättä onnistu samalla tavalla kuten paperi-sista dokumenteista erilaisen rakenteen vuoksi, koska tietoja joudutaan hakemaan eri lehdistä tai valikoista. (Puumalainen – Långstedt – Eriksson 2003: 3–5; Winman – Ry-stedt 2011: 54.)

Keskeinen hyöty hiljaisesta raportoinnista on ollut välillisen potilastyön väheneminen. Hoitotyön tiedonsiirtoon kulunut aika väheni merkittävästi aiemmasta 19 %:sta yhdek-sään prosenttiin. Valtaosa hoitohenkilökunnasta koki myönteiseksi asiaksi hoitotyön kirjaamisen paranemisen, kirjatun ja kerrotun päällekkäisen tiedon vähenemisen sekä sen, että välittömään potilastyöhön käytetty aika lisääntyi raporttiajan supistumisen myötä. Kuitenkin suullista raporttia haluttiin erityisesti pitkän työskentelytauon jälkeen tai jos potilasvaihtuvuus oli suuri. Hiljaisen raportoinnin vaikutusta on kuitenkin tutkittu suhteellisen vähän sekä Suomessa että muualla maailmassa, ja tutkimukset ovat kes-kittyneet lähinnä työn tehokkuuden paranemiseen ja dokumentoinnin muutosten tar-kasteluun ilman potilasturvallisuuskulmaa. Pelkästään kirjallisen tiedon määrän lisäys ilman sen laadun ja tiedon siirtymisen tarkastelua, ei voida todeta potilasturvalli-suuden parantuneen. (Puumalainen – Långstedt – Eriksson 2003: 3–5; Winman – Ry-stedt 2011: 54.)

Hoitotyön raportin sisällön painottuminen lääketieteellisiin ongelmiin, tutkimuksiin ja hoitoihin on myös koettu negatiiviseksi asiaksi. Ilmiö esiintyy useassa tutkimusraportis-sa. Ongelmalliseksi koettiin myös se, että raportti saattoi jäädä puutteelliseksi erityises-ti ilman erillistä raporttitulostetta ja että arkaluontoiset tiedot jouduttiin antamaan inti-miteettisuojan takaamiseksi erillisessä tilassa potilashuoneen ulkopuolella. Erään tutki-muksen mukaan hoitajista 83 % koki saaneensa riittävästi tietoa raportilla, ilmoitti 45 % vastaajista joutuneensa pääsääntöisesti täydentämään tietojaan potilaan hoitosuun-

nitelmasta (Timonen 1996.) Potilasturvallisuutta heikentäväksi tekijäksi koettiin se, että raportti vastaanotettiin ainoastaan niin sanotuista omista potilaista, eikä osaston muista potilaista. Niissä tilanteissa, joissa muu henkilökunta joutui osallistumaan kyseisten potilaiden hoitoon, ei potilaista ollut hoitotilanteessa käytettävissä riittävästi tietoa. Kiistattomia tutkimustuloksia siitä, että vuoteenvierusraportointi olisi lyhentänyt raportointiin käytettyä aikaa, ei ole. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että raporttien rakenne on vaihdellut suuresti eri tutkimuksissa ja tämä on vaikeuttanut tutkimustulosten vertailua keskenään. (Kuuppelomäki 1994: 171–174; Timonen 1996: 84–86; Chaboyer ym. 2009: 136–140; Chaboyer ym 2010: 27–33.)

### 3.7 Strukturoitu rakenteellinen raportointimenetelmä ISBAR

ISBAR- työkalun (yleisemmin tunnettu SBAR) käyttö raportoinnin apuvälineenä saattaa parantaa kommunikaation laatua erilaisissa potilastiedon siirtämiseen liittyvissä tilanteissa kuten vuoron vaihtoon tai potilaan siirtoon toiseen hoitoyksikköön liittyvä hoitotyön raportointi. Kyseinen strukturoitu raportointimenetelmä kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvaltojen armeijan käyttöön ja on nykyään käytössä useissa yhdysvaltalaisissa sairaaloissa. Menetelmä on otettu käyttöön, koska on todettu sekä kirjallisessa että suullisessa tiedonkulussa olevan paljon haasteita hyvän potilasturvallisuuden takaamiseksi ja käyttöönoton jälkeen on havaittu tiedonkulkuun liittyvien vaaratapahtumien vähentyneen merkittävästi seurantajakson alun liki 90 %:sta noin 40 %:iin tuhatta hoitopäivää kohti. ISBAR koostuu viidestä elementistä. (Kinnunen – Peltomaa 2009: 87; Helovuori ym. 2011: 207–208; Deakin ym. 2010: 1307.)

Identification tai Introduction tai Identify (I-kirjain) tarkoittaa sekä potilaan että hoitotyöntekijän tunnistamista ja tapahtumapaikkaa. Situation (S-kirjain) tarkoittaa potilaan nykyiseen tilanteeseen liittyvää tietoa siitä, mikä juuri sillä hetkellä on oleellista potilaan voinnin kannalta, kuten esimerkiksi mitä juuri nyt tapahtuu. Usein I-kirjain liitetään S-kirjaimen yhteyteen osaksi sanaa Situation (tilanne). Background (B-kirjain) tarkoittaa tilanteeseen liittyviä taustatekijöitä, jotka ovat yhteydessä tapahtumaan esimerkiksi potilaan nykyiset ja aikaisemmat oleelliset sairaudet sekä niihin liittyvät hoidot ja ongelmat, allergiat ja mahdollinen tartuntavaara ja eristys. Assessment (A-kirjain) tarkoittaa potilaan tarkemman potilaan tilanarvion kuten peruselintoimintojen tarkkailujen tekemistä ja oman arvion tekemistä potilaan mahdollisen tilan syystä. Recommendation (R-kirjain) tarkoittaa esittäjän ehdotusta toivottavista tutkimus- tai hoitotoimenpiteistä.



Euroopan elvytysneuvosto (European Resuscitation Council = ERC) suosittelee rakenteellisen raportointimenetelmän käyttöä. (Kinnunen – Peltomaa 2009: 87; Deakin ym 2010: 1307; Helovuori ym 2011: 207–208.)

### 3.8 Potilaan tilanarvio

Ensihoitojärjestelmät ja sairaalan sisällä toimivat ensihoitoryhmät noudattavat potilaan tilanarviointissa (Assessment) ABCDE-lähestymistapaa. Potilaan tilanarvio suoritetaan järjestelmällisesti aina samalla tavalla. Taulukossa 2 kuvataan potilaan tilanarvioon liittyvää peruselintoimintojen arviointijärjestystä ja mihin peruselintoimintoihin tulisi kiinnittää huomiota, jotta potilasturvallisuus toteutuisi. Nämä osa-alueet löytyvät myös Suomalaisen hoidon tarve ja hoitotyön luokituksesta. Tutkimusten mukaan hoitolaitoksessa elottomaksi menneillä potilailla oli jopa 84 prosentilla mitattuja ja dokumentoituja peruselintoimintojen häiriöitä jopa useita tunteja ennen elottomuutta. (Buist – Bernard – Nguyen. – Anderson 2004: 137–141; Nurmi 2005: 43.)

Taulukko 2 Potilaan tilan arvioinnin järjestys ja selitteet

A = Airway	= Hengitystiet
B = Breathing	= Hengittäminen
C = Circulation	= Verenkierto
D = Disability	= Toimintakyky
E = Exposure	= Kehon paljastus ja tutkiminen
F = Fluids	= Nestetasapaino
G = Glucose	= Sokeritasapaino

(Deakin ym. European Resuscitation Council 2010)

Potilaan tilanarvio aloitetaan siitä onko potilaan hengitystie avoin vai uhattuna. Seuraavaksi tutkitaan hengittäminen, johon kuuluu hengitystaajuuden ja happisaturaation mittaaminen sekä hengitystavan arviointi. Hengitystapaa arvioitaessa huomio kiinnitetään potilaan hengitystyöhön ja kykyyn tuottaa puhetta. Verenkierron arvioinnissa mitataan syke ja verenpaine, monitoroidaan sydämen rytmi sekä arvioidaan ääreisverenkierron tila. Toimintakyvyn arviointiin kuuluu potilaan kyky liikkua ja tarkempi neurologinen tilanarvio. Potilaan mahdolliset ulkoiset löydökset, kuten turvotukset, ihomuutokset ja kaulalaskimoiden pullottaminen arvioidaan, kun keho paljastetaan ja tutkitaan.

Tämän lisäksi arvioidaan potilaan nestetasapainoa ja mitataan verensokeri. Potilaan tilanarvio on keskeinen osa hoitotyön raportointia. Mikäli potilaasta on tehty tilanarvio juuri ennen raportointia, voidaan sen perusteella arvioida, minkälaista hoitoa potilas juuri silloin tarvitsee. Tämän vuoksi tilanarviolla on keskeinen merkitys potilasturvallisuuden kannalta. (Soar – Perkins – Abbas ym 2010: 1415.)

Hoitotyön raportilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sitä tiedonantoa tai tiedonsiirtoa, joka annetaan potilaasta vuoron vaihteessa, potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen tai konsultoituessa potilaan hoitoon liittyviä asioita lääkäriltä potilaan tilan muututtua. Syvemmän tarkastelun kohteena ovat kuitenkin vuoronvaihtoon liittyvässä raporttitilanteessa vastaanotetun tiedon osa-alueet. Hoitotyön raportoinnin edellytyksenä on dokumentointi, jolla tarkoitetaan tässä yhteydessä potilaan tietojen kirjaamista joko käsin tai sähköiseen tietojärjestelmään. Hoitotyöntekijöiden päivittäisestä työajasta suuri osa kuluu erilaisten potilasdokumenttien käsittelyyn. Dokumentoinnilla on keskeinen merkitys tiedon välittämisessä ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Potilasdokumentointia säätelevät lait ja asetukset ja lisäksi asetusta täydentävä opas. (THL 2011: 26–27.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyökysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyöntekijöiden välisessä tiedonsiirrossa iltavuoron aluksi vastaanotettavassa hoitotyön raportoinnissa neljällä kirurgisella vuodeosastolla, joista kahdella on perinteinen suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö. Tarkastelun perustana käytetään ISBARia (Identification, Situation Background, Assessment ja Recommendation), rakenteellisen raportoinnin menetelmää, joka on käytössä mm. Yhdysvalloissa ja Australiassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätyn aineiston perusteella verratta kahta erilaista raportointikäytäntöä, onko raportissa jokin selkeä strukturoitu rakenne ja toteutuuko potilasturvallisuus molemmissa raportointikäytännöissä samalla tavalla sekä perustuuko vallitseva raporttikäytäntö tutkittuun tietoon kuten ISBAR – menetelmä. Toisena tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta tiedonkulkuun liittyvistä potilasturvallisuusriskeistä ja antaa tietoa rakenteellisen raportoinnin menetelmästä sekä potilaan senhetkisen voinnin raportoinnin merkityksestä potilaan hoidossa.

Opinnäytetyökysymykset ovat:

1. Mitä tietoa potilaan voinnista ja peruselintoimintojen suureista siirtyy hoitotyön raportointitilanteessa?
2. Ilmeneekö raportointitilanteessa potilasturvallisuutta uhkaavia seikkoja?
3. Onko vuoronvaihtoon liittyvässä hoitotyön raportoinnissa strukturoitu rakenne joka perustuu tutkittuun tietoon?
4. Onko suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa eroja tietosisältöjen suhteen?

## 5 Tiedonhaku

Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen aiheeseen perehtyminen ja aiheen rajaaminen suoritetaan kirjallisuuskatsauksen avulla, jossa selviää mitä aiheesta aikaisemmin on tutkittu, millä tutkimusmenetelmillä ja mitkä ovat keskeiset tutkimustulokset. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on myös antaa hyödyllisiä käsitteitä analyysiä varten ja vahvistaa teoreettista herkkyyttä. Kirjallisuuskatsauksella on myös tutkimuksen luotettavuuden kannalta suuri merkitys. Kirjallisuuskatsaus antaa myös kuvan siitä onko ilmiötä tutkittu monesta eri näkökulmasta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009b: 69–74.)

Opinnäytetyötä varten suoritettiin Metropolian informaation Anna Mikkosen ystävällisellä avustuksella systemaattinen tiedonhaku Nelli tiedonhakuportaalin kautta elektronisista lehdistä ja muista julkaisuista sekä erikseen Medic-, Arto-, Linda- ja Chinahl-tietokannoissa julkaistuista tutkimusraporteista ja muista julkaisuista. Lisäksi tietoa haettiin Google Scholarista sekä OvidMedline-tietokannoista. Googlen kautta haettiin mm. lait ja asetukset sekä Euroopan Unionin ym. organisaatioiden sivuilta tietoa. Tiedonhaun rajaus tehtiin vuosille 2000–2011, jotta mukaan saataisiin mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa. Mukaan hyväksyttiin pro gradu- tutkielmat, tieteelliset artikkelit

hoitotieteen, lääketieteen ja psykologian tieteenaloilta. Erillisellä haulla Google Scholarin kautta löytyi vielä kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta. Saatujen artikkelien ja pro gradu-tutkielmien lähdeluettelot tutkittiin huolellisesti, ja sitä kautta löytyi lähdemateriaalia lisää. Erillisellä manuaalihaualla löytyi vielä yksi pro gradu-tutkielma vuodelta 1996, jossa oli omaan opinnäytetyöhöni liittyvää tietoa, ja näin ollen sekin otettiin vielä mukaan. Haussa löytyi kaksi potilasturvallisuuteen liittyvää yhdysvaltalaista kirjaa, jotka otettiin mukaan lähdemateriaaliksi kahden kotimaisen potilasturvallisuuskirjan lisäksi. (Cochranen kautta hakua yritettiin myös, mutta ajanpuutteen vuoksi ja muitten hakujen kautta saadun runsaan lähdemateriaalin takia haku jätettiin kesken, koska todennäköisesti mukana olisivat olleet jo valitut lähteet ja haussa olisi pitänyt tehdä tarkemmat rajaukset.)

Hakusanoina käytettiin 'potilasturvallisuus' sekä edellä mainittu sana yhdistettynä sanoihin kirjaaminen, potilastietojärjestelmä, tiedonkulku ja suullinen raportointi. Lisäksi haku suoritettiin sanoilla kirjaaminen, hoitotyön raportointi ja potilasturvallisuus. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin: 'patient safety or security, and documentation and reporting and handover'.

## 6 Aineiston keruu ja analysointi

### 6.1 Yleistä määrällisestä tutkimuksesta

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus soveltuu tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ilmiötä halutaan tarkastella siten, että sitä pystytään tilastollisin menetelmin mittaamaan. Määrällisessä tutkimuksessa tarkastellaan muuttujia ja niiden välisiä suhteita. Tarkastelun kohteina ovat riippumattomat tai riippuvat muuttujat. Riippumattomia eli selittäviä muuttujia ovat vastaajien taustatiedot. Riippuvia eli selvitettäviä muuttujia ovat varsinaiset tarkastelun kohteena olevat ilmiöt, joita voivat olla esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys tai tyytymättömyys tai tehty toimenpide. Tämän lisäksi voi esiintyä niin kutsuttuja väliin tulevia muuttujia, joilla voi olla vaikutusta tutkittavan ilmiön esiintymiseen. Määrällisessä tutkimuksessa on tavoitteena tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman täsmällisesti siten, että väliin tulevilla tekijöillä ei olisi tuloksia sekoittavia vaikutuksia. Tutkiva aihe tulisi rajata siten, että voidaan erotella tutkittavasta ilmiöstä kiinnostuksen kohteena olevat riippuvat muuttujat ja lisäksi ne riippumattomat muuttu-

jat, joiden avulla yhteyksiä tai vaikutuksia tuloksiin halutaan selittää. Edellisten lisäksi tulee määritellä myös väliin tulevat muuttujat, jotka vaikuttavat riippuvaan muuttujaan, mutta eivät ole ensisijaisesti tutkimuskohteina. Aineiston analyysi suoritetaan tilastollisin menetelmin. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007a: 86–87; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009a: 41–43.)

Määrällistä tutkimusmenetelmää kannattaa käyttää silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä etsitään vastausta kysymyksiin, kuinka paljon tiettyä ilmiötä esiintyy tietyssä joukossa, miksi ilmiö esiintyy, minkälaista riippuvuutta kahden ilmiön välillä esiintyy sekä minkälaiset tekijöillä ilmiötä voi selittää. Kun tutkimuksen tavoitteena on dokumentoida kiinnostavia keskeisiä piirteitä, voi käyttää määrällistä tutkimusmenetelmää. Päätelmien teko perustuu havaintoaineiston tilastolliseen analyysiin. Tilastollinen merkittävyys on keskeinen pyrkimys määrällisessä tutkimuksessa, erityisesti silloin kun halutaan tarkastella vastaajien taustatietojen yhteyttä selitettäviin ilmiöihin. Tulosten kuvauksessa käytetään usein taulukkomuodossa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007b: 135–136; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009a: 45.)

## 6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Opinnäytetyön aineiston keruu tehtiin tätä opinnäytetyötä varten suunnitellulla strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 2) sähköisen Digium- Enterprise ohjelman avulla. Kirjallisuuskatsauksen perusteella ei valmista mittaria (aiemmissa tutkimuksissa käytettyä vastaavaa kyselyä) löytynyt. Tämän vuoksi kyselyn väittämät tehtiin ISBAR- rakenteellisen raportointimenetelmän ja ABCDE- arviointiohjeen osa-alueista juuri tätä opinnäytetyötä varten.

Kyselylomake esiteltiin yhdellä kirurgisella vuodeosastolla, jossa on käytössä hiljainen raportointikäytäntö ja jonka henkilökunta ei osallistunut varsinaiseen kyselyyn. Esitestauksessa saatiin viideltä hoitajalta vastaukset. Esitestauksen perusteella väittämiä muutettiin ja täsmennettiin. Saatujen vastausten tarkastelussa ilmeni, että joissakin kyselyn väittämissä ei vastattu samaa tai eri mieltä, vaan en samaa enkä eri mieltä. Tämä osoitti sen, ettei vastaaja osannut sanoa mitä mieltä oli väittämän sisällöstä. Myös nämä väittämät, joihin ei selkeästi osattu ottaa kantaa, selkeytettiin siten, että

niihin pitäisi pystyä vastaamaan onko samaa vai eri mieltä. Kyselylomakkeesta pyydettiin vielä asiantuntija-arvio työelämäohjaajalta ja kahdelta sairaanhoitajakollegalta sekä hyväksytettiin opinnäytetyön varsinaisilla ohjaajilla eli oppilaitoksen lehtoreilla.

Kysely muodostui kahdesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa olivat taustamuuttujat ja toisessa osiossa olivat varsinaiset väittämät. Taustamuuttujiin liittyviä kysymyksiä oli 10 kpl. Taustakysymyksillä selvitettiin sairaala ja osasto, jossa vastaajat työskentelevät, ammattinimike, työkokemus ja työsuhteen laatu. Lisäksi taustakysymyksissä kysyttiin onko osastolla vuorovastaava, raportointimuoto ja raportin pitopaikka, sekä miten raporttia täydennetään tarvittaessa ja mihin raportointikäytäntöä perustuu. Varsinaisia sisältöväittämiä oli 26. Väittämät asetettiin viisiportaiselle Likert- asteikolle (Liite 2).

Väittämien sisältö muodostui erilaista ISBAR- rakenteellisen raportointimenetelmän liittyvistä osa-alueista, joita tarkasteltiin potilasturvallisuusnäkökulmasta. Väittämät oli muotoiltu siten, että vastaajien tuli valita olivatko he samaa vai eri mieltä väittämien kanssa. Vastaajat valitsivat samanmielisyyssarvon Likert- asteikolla. Väittämien laadinnassa pyrittiin huomioimaan, että mukana on myös toisensa kumoavia väittämiä sen kontrolloimiseksi, onko vastaaja lukenut huolella väittämän sisällön. Väittämiä olivat muun muassa "saan vastaanottaa raportin rauhassa" ja "raportti keskeytyy usein".

Kyselyllä pyrittiin selvittämään niitä tietoalueita sekä tiedonsiirtoprosessissa ilmeneviä tekijöitä, jotka liittyvät potilasturvallisuuteen. Lisäksi pyrittiin selvittämään, ilmeneekö kahdessa erilaisessa raportointikäytännössä eroja potilasturvallisuuden kannalta. Potilasturvallisuuteen liittyviksi tietoalueiksi määriteltiin esimerkiksi peruselintoimintoihin liittyvien mainintojen esiintyvyys. Peruselintoimintojen osalta tarkastelun kohteena olivat muun muassa hengitykseen, verenkiertoon ja neurologiseen toimintakykyyn liittyvät tiedot. Potilasturvallisuuteen liittyvien tekijöiden lisäksi haluttiin selvittää, ohjaako raporttia jokin selkeä rakenne sekä mihin nykyinen raportointikäytännön valinta perustuu.

Kyselyssä oli väittämien lisäksi mukana yksi avoin kysymys. Avoimessa kysymyksessä kysyttiin: miten nykyinen raportointikäytäntö osastollasi tukee potilasturvallisuutta? Lähestymistavaksi oli tarkoituksella valittu potilasturvallisuuden tukeminen, jotta vasta-

uksista voitaisiin tehdä myös tulkintoja piilosisällöistä, mahdollisten potilasturvallisuutta heikentävien tai vaarantavien seikkojen esille saamiseksi.

### 6.3 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tutkimuksen toteutustavaksi voidaan valita otanta- tai kokonaistutkimus. Määrällisen tutkimuksen menetelmin voidaan kartoittaa, selittää, kuvailla tai ennustaa nykyistä tai pitkäaikaisempaa asiantilaa. Tutkimus voidaan tällöin toteuttaa survey-tutkimuksena, jolla tarkoitetaan kysely- tai haastattelututkimusta. Kyselyssä aineisto kerätään valmiiksi laadituilla strukturoiduilla paperilomakkeilla tai sähköisesti kyselyohjelmalla. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007b: 130; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009a: 41–49.)

Otostutkimuksessa tarkastellaan otoksen suhdetta perusjoukkoon. Otoksen tulisi olla mahdollisimman kattavasti perusjoukkoa edustava. Perusjoukko muodostaa koko sen joukon edustajia eli tilastoyksiköitä, joihin tulokset halutaan yleistää. Otostutkimuksesta voidaan puhua silloin, kun otanta on sattumanvarainen eli jokaisella tilastoyksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi. Jos tutkittavien joukkoa ei ole satunnaistettu eli randomoitu, ei ehto toteudu ja silloin puhutaan näytteestä. Otoksen kokoon vaikuttaa se, miten hyvin saatujen tunnuslukujen halutaan kuvaavan perusjoukkoa, kuinka paljon on tekijöitä, joita halutaan samanaikaisesti tarkastella, miten homogeeninen on perusjoukko ja mikä on tutkimuksen perimmäinen tavoite. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007c: 174–175; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009b: 78–79.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin poikittaistutkimuksen menetelmällä kokonaisotantana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä HYKSin neljällä kirurgisella vuodeosastolla työskenteleviltä hoitajilta sekä osastonhoitajilta (N = 75) kolmen viikon aikana. Kysely lähetettiin 2.3.2012 neljän osaston kaikille sekä vakinaisille hoitotyöntekijöille että pitkäaikaisille sijaisille. Mukaan otettiin myös kaikkien osastojen osastonhoitajat, vaikka he eivät raportilla itse olekaan läsnä. Heidän vastauksensa haluttiin mukaan, koska heidän perustelunsa raportointikäytännön valintaan ja arvionsa hoitotyön raportoinnin toteutumisesta kiinnosti myös. Osastot valittiin kyselyn suorituspaikoiksi siksi, että osastojen toiminnan luonne ja toimintaympäristöt olivat samankaltaisia keskenään, vaikka osastot edustivatkin kahta erilaista lääketieteen erikoisalaa. Yhdellä vatsaelinkirurgisella osastolla oli hiljainen ja toisella suullinen raportointikäytäntö. Sa-

moin oli yhdellä ortopedisellä osastolla hiljainen ja toisella suullinen raportointikäytäntö. Koska erot toiminnan luonteessa keskenään vertailtavien osastojen olivat vähäisiä, kahden erilaisen raportointitavan keskinäisellä vertailulla pyrittiin selvittämään esiintyykö potilasturvallisuuden toteutumisessa eroja, jotka voisivat olla selitettävissä erilaisilla käytännöillä. Ennen kyselyn lähettämistä kaikilla osastoilla pidettiin osastotunti, jossa kerrottiin diaesitystä apuna käyttäen opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.

Kyselyyn annettiin kaksi viikkoa vastausaikaa ja vielä yksi lisäviikko mahdollisten talvilomien vuoksi. Kahden viikon jälkeen lähetettiin muistutussähköposti niille henkilöille, joilta vastausta ei kahden viikon kuluessa saatu. Pyrkimyksenä oli, että mahdollisimman moni osaston hoitotyöntekijä vastaisi kyselyyn, jotta aineisto olisi riittävän kattava ja kirjava tulosten yleistämiseksi. Koska kohderyhmäksi valittiin kahdella vatsaelinkirurgian ja kahdella ortopedian klinikkaryhmän vuodeosastolla työskentelevä hoitohenkilökunta, otantaa voidaan kutsua myös harkinnanvaraiseksi näytteeksi. Tässä opinnäytetyössä otosta kutsutaan näytteeksi, koska se ei täytä tutkimusmetodiikan mukaan otannon ominaisuuksia.

## 6.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi

### 6.4.1 Määrällisen aineiston analyysi

Määrällisen kyselytutkimusaineiston analysointi aloitetaan aineiston järjestämisellä ja tarkastamisella. Tarkastamisessa arvioidaan otetaanko kaikki vastaukset mukaan, vai joudutaanko joku hylkäämään puutteellisten tai virheellisten vastusten vuoksi. Tämän jälkeen suoritetaan mahdollisten tietojen täydentäminen haastatteluin tai kyselyin. kolmas vaihe on aineiston järjestäminen tallentamista varten. Tässä vaiheessa huomioidaan tutkimuksen tarkoituksen mukaiset menetelmävalinnat, jotka ohjaavat saadun tiedon tallennusta ja analyysiä. Tietojen tallentamisen jälkeen suoritetaan uusi tarkastus ja sitten valitaan tilastolliset menetelmät. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007d: 216–217; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009b: 100–101.)

Määrällisen aineiston analyysi suoritettiin Digium- Enterprise kyselyohjelmassa olevilla tilastoanalyysityökaluilla, jotka tuottavat valmiin raportin numeerisena ja graafisena valittujen raportointimenetelmien mukaisesti. Analyysissa saadaan edellä mainitusta



ohjelmasta tulokseksi frekvenssit, prosentit, keskiarvot, keskihajonta ja ristiintaulukointi. Aineistoa ei erikseen tallennettu tilastointiohjelmaan, mutta ohjelmasta saatiin myös niin kutsuttu raakamatriisi Excel- muodossa. Tämä mahdollistaa tarvittaessa myöhemmin suoritettavan tarkemman tilastollisen analyysin, joko Excel- tai PASW- tilasto-ohjelman avulla.

Aineisto tallentui automaattisesti sähköisenä kun vastaaja oli hyväksynyt kyselyn päätteeksi vastuksensa. Kyselyssä ei ollut yhtään niin kutsuttua pakollista kenttää, joka tarkoittaa, ettei siihen voi jättää vastaamatta. Tästä syystä aineistossa ei ollut jokaisessa vastauksessa vastattu aivan kaikkiin kysymyksiin. Ohjelma laski vastaajien kokonaismäärän koko kyselyssä, mutta suhteutti prosenttiluvut annettujen vastausten määrään kussakin kysymyksessä erikseen. Tällöin vastauksen kokonaisprosentti oli aineistossa aina sata, vaikka kysymyksiin vastanneiden kokonaismäärä vaihteli. Tämä olisi hankaloittanut tulosten analysointiprosessia, koska prosenttiluvut olisi pitänyt suhteuttaa kyselyyn vastanneiden kokonaismäärään, eikä yksittäisiin kysymyksiin vastanneiden määrään. Kuitenkin vastaajien määrässä ei ollut kuin yhden vastaajan ero, joten kovin suurta tilastollista eroa ollut. Sama virhe aiheutti myös ilmoitettujen keskiarvojen suhteen saman vääristymän ja lisäksi keskiarvoon vaikutti myös vastausvaihtoehto, en samaa enkä erimieltä, joka antoi arvon kolme.

#### 6.4.2 Laadullisen aineiston analyysi

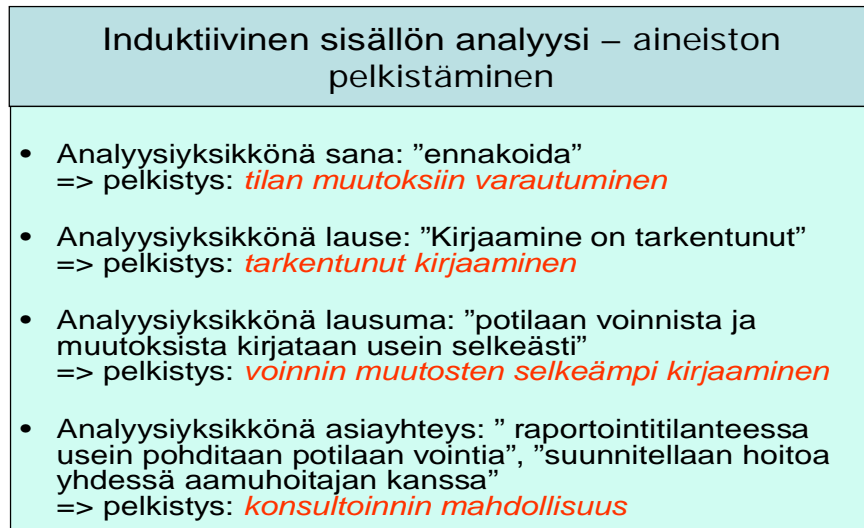
Sisällön analyysi voidaan suorittaa joko teoria- tai aineistolähtöisesti. Teorialähtöisestä analyysistä käytetään myös nimitystä deduktiivinen sisällön analyysi. Induktiivisessa sisällön analyysissä, jossa luokitellaan sanoja niitten teoreettisen merkityksen mukaan, tarkastelu kohdistuu aineistoon ja induktiivista päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelman asettelu. Induktiivinen sisällön analyysi soveltuu käyttöön silloin kun olemassa oleva tieto on hajanaista tai tietoa ei tutkittavasta ilmiöstä ole paljoa olemassa. Yksittäinen sana tai lause voi toimia analyysiyksikkönä. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. Aineiston analyysi etenee vaiheittain aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. Pyrkimyksenä on luoda tutkimusaineistosta kokonaisuus, jota eivät aikaisemmat teoriat, tiedot tai havainnot ohjaa analyysiä. Tavoitteena on tuottaa yksinkertaistettuja merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Tavoitteena voi olla myös tuottaa malleja, käsiteluokituksia, -järjestelmiä tai käsitekart-

toja. Myös dokumentin sisällön sanallista kuvaamista voidaan kutsua sisällön analyysiksi. Otannan suuruutta ei mitata määrässä, vaan aineisto on riittävä kun se on saturoitunut eli kyllähtynyt. Tällä tarkoitetaan sitä, että kun samat asiat alkavat kertaantua, on aineisto riittävä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007c: 177; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009b: 134–135.)

Laadullisen aineiston analyysi aloitetaan litteroimalla saatu aineisto sanatarkasti. Aineisto tarkistetaan litteroinnin jälkeen. Jos aineisto koostuu kyselytutkimuksen avoimesta kysymyksestä, ei tarvitse kuvailla mitään aineiston keruuseen liittyviä olosuhteisiin liittyviä seikkoja, vaan seuraava vaihe on analyysiyksikön valinta ja saatuun aineistoon tutustuminen analyysiyksikön määrittämiseksi ja valitsemiseksi. Analyysiyksikön valinta tehdään tutkimuskysymysten avulla. Analyysiyksikkönä voi olla sana, lausuma tai lause. Tämän jälkeen vaiheessa tutkimusaineisto pelkistetään. Pelkistyksessä pyrkimys on kysymys siitä, että alkuperäisestä tekstistä yritetään löytää keskeinen sanoma. Tämän jälkeen pyritään pelkistetty aineisto luokittelemaan ja etsimään samaa tarkoittavat ilmaisut samaan ryhmään ja muodostamaan ryhmistä alaluokat. Alaluokat ryhmitellään edelleen ja pyritään muodostamaan yläluokat ja mahdollisesti myös pääluokat. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007d: 216–220; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009b: 131–139.)

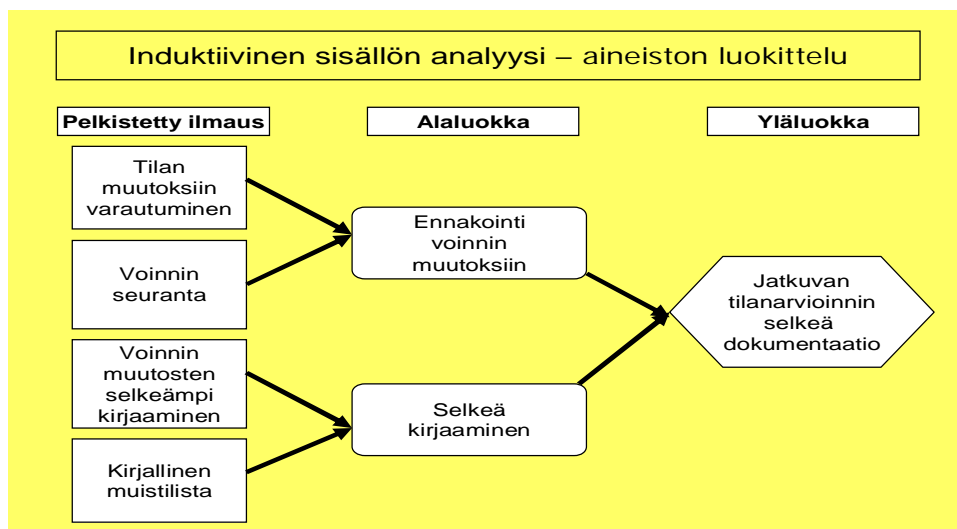
Kyselyssä olleen avoimen kysymyksen analyysi suoritettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Analyysitavaksi valittiin induktiivinen sisällön analyysi. Se tuntui luontevimmalta metodilta, koska pyrkimyksenä oli saada käsitys, raportointikäytäntöjen eroista potilasturvallisuuskulmasta, jotka tukisivat määrällisestä aineistosta saatuja tuloksia ja voisivat tuoda myös selityksen mahdollisille eroille.

Vastausten sanatarkan litteroinnin jälkeen tarkastettiin, että litteroinnissa oli kirjoitettu vastaukset täsmällisesti juuri sellaisessa muodossa, jossa ne olivat vastausaineistossa. Tämän jälkeen suoritettiin aineiston pelkistys, jossa pyrittiin luokittelemaan samaa tarkoittavat ilmaisut yhdeksi lausumaksi. Analyysiyksikkönä valittiin sanat, lauseen osat, lauseet ja samaa tarkoittavat asiayhteydet. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kuviossa 2 esitetään sisällön analyysin etenemistä aineiston käsittelystä ilmaisujen pelkistämiseen.



Kuvio 2. Aineiston pelkistäminen

Pelkistetyt samaa tarkoittavat ilmaiset ryhmiteltiin ja yhdistettiin edelleen alaluokkiin. Lopuksi alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja nimettiin. Kuviossa 3 esitetään ala- ja yläluokkien muodostaminen.



Kuvio 3. Pelkistetyn aineiston luokittelu

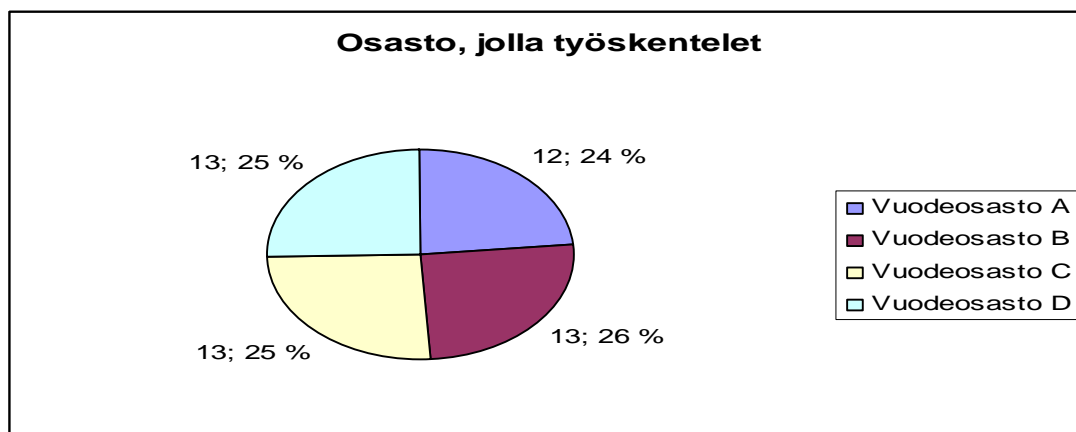
Aineiston analyysi suoritettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmin. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytettiin siksi, että opinnäytetyössä oli tarkoitus tutkia muuttujien esiintyvyyttä ja niiden suhdetta erilaisiin raportointikäytäntöihin. Määrällisen aineiston analysointi perustui Digium- Enterprise kyselyohjelmassa olevien val-

miiksi määriteltujen tilastollisten tunnuslukujen käyttöön. Kyselyohjelmasta otettiin tilastollinen analyysi, jossa väittämistä saadut tulokset ilmoitettiin frekvenssijakautumina, prosentteina, keskiarvoina ja keskihajontana. Ohjelmasta saatiin myös ristiintaulukointi, jonka avulla voitiin vertailla kahta erilaisen raporttikäytännön omaavaa ryhmää erikseen.

## 7 Opinnäytetyön tulokset

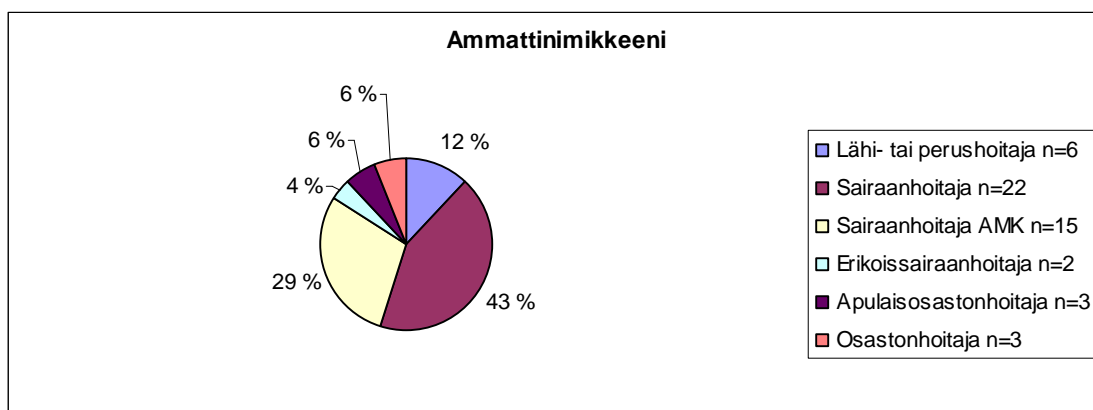
### 7.1 Vastaukset taustakysymyksiin

Kyselyyn vastasi 68 prosenttia ( $n=51$ ). Vastausprosentit jakautuivat siten, että yhdestä sairaalasta vastauksia saatiin 75 prosenttia ( $n=38$ ) ja toisesta sairaalasta 25 prosenttia ( $n=13$ ). Suullisen raportoinnin yksiköistä saatiin vastauksia 51 % ja hiljaisen raportoinnin yksiköistä 49 %. Toisesta sairaalasta oli kyselyssä mukana vain yksi osasto. Vastaukset jakautuivat tasaisesti osastojen kesken niin, että jokaiselta osastolta saatiin  $n. 25$  prosenttia vastauksien kokonaismäärästä. Taulukossa 2 kuvataan vastausten jakautumista  $n$ - määrinä ja prosentteina osastoittain.



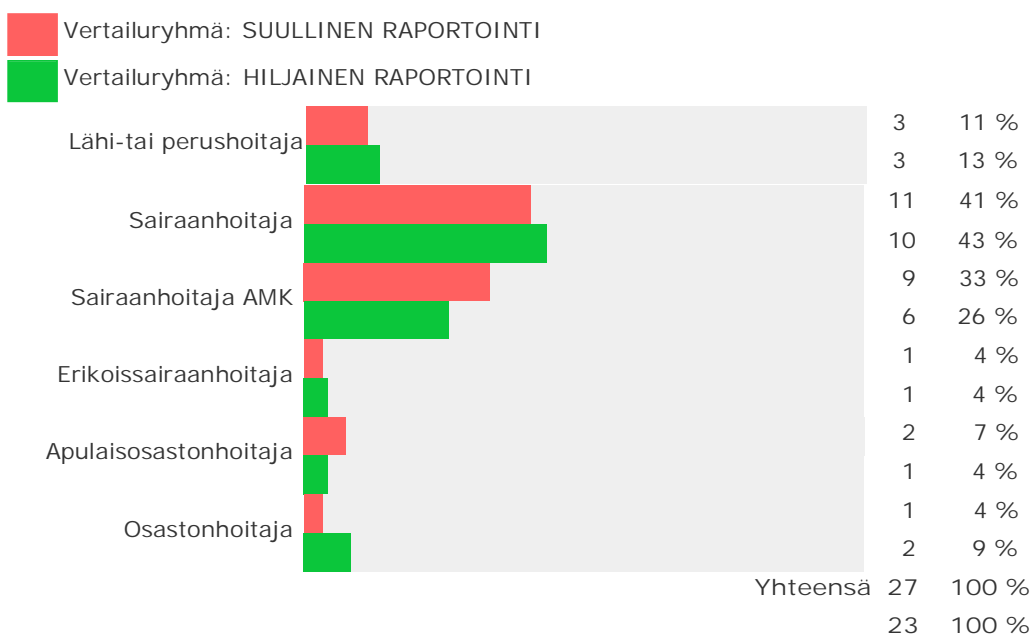
Taulukko 2. Vastausten jakautuminen osastoittain HUSissa HYKSin kirurgisilla vuodeosastoilla

Kaikista vastaajista suurin osa 72 prosenttia ( $n=37$ ) oli joko opistoasteen tai ammattikorkeakoulun suorittaneita sairaanhoitajia. Vain 12 prosenttia ( $n=6$ ) oli lähi- tai perushoitajia. Loput 16 prosenttia ( $n = 8$ ) vastaajista olivat erikoissairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia tai osastonhoitajia. Taulukossa 3 kuvataan vastaajien jakautumista ammattinimikkeittäin kaikkien vastanneiden kesken.



Taulukko 3. Vastaajien jakauma ammattinimikkeittäin

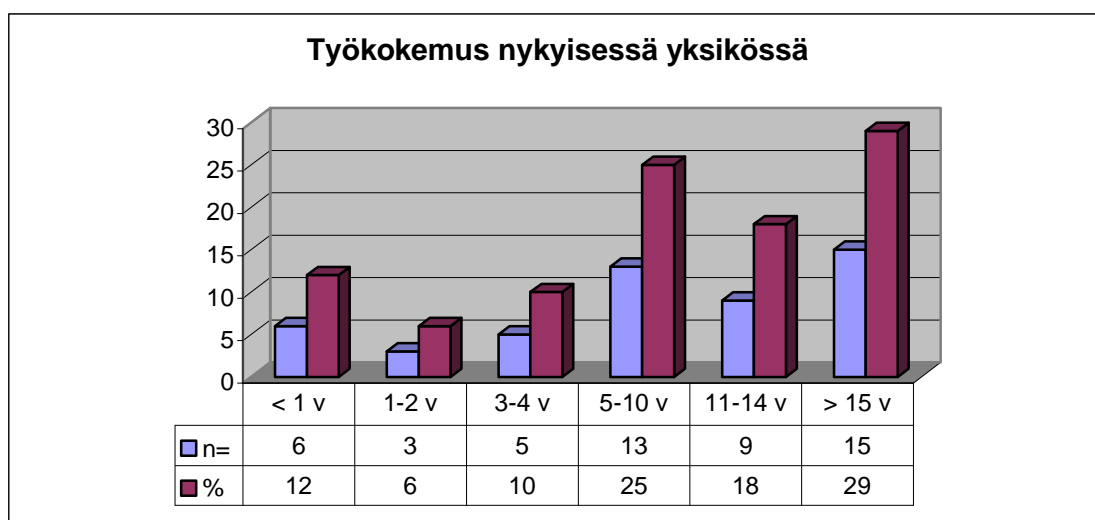
Vastaukset eriteltiin myös suullisen ja hiljaisen raportointikäytännöryhmittäin. Tulokseksi saatiin vastausten jakautuminen melko tasaisesti ammattinimikkeittään kumman-kin kahden vastaajaryhmän välillä (suullinen n = 26 vs. hiljainen n= 25). Taulukossa 4 kuvataan vielä miten vastukset jakoutuivat ammattinimikkeittäin kahdella suullisen ja hiljaisen raportointikäytännön yksikössä.



Taulukko 4. Ammattinimikkeitten jakautuminen vertailuryhmittäin

Iltavuorossa oli nimetty vuorovastaava yhteensä yli puolelle osastoista 63 prosentissa (n=32) kaikkien vastanneiden mukaan. Vastaukset jakoutuivat suullisen ja hiljaisen

raportointikäytäntöjen yksiköissä siten, että suullisen raportoinnin yksiköissä 93 prosentissa (n = 25) osastolla oli nimetty vuorovastaava ja hiljaisen raportointikäytännön osastoilla oli vuorovastaava nimetty ainoastaan 30 prosentissa. Valtaosa kaikista vastaajista 72 prosenttia (n=37) oli työskennellyt nykyisessä yksikössään vähintään viisi vuotta (suullinen 63 % vs. hiljainen 83 %). Vakinaisten määrä verrattuna sijaisiin oli 86 % vs. 14 %. Taulukossa 5 kuvataan kaikkien vastaajien työkokemuksen pituutta nykyisessä toimintayksikössä.



Taulukko 5. Työkokemus nykyisessä yksikössä

Taustatiedoissa kysyttiin myös raportointimuotoa ja mihin nykyinen raportointimuoto perustuu. Kyselyyn valituista osastoista kahdella oli suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö ja vastaajien määrä jakautui melko tasaisesti siten, että 54 prosentilla (n=27) oli suullinen ja 46 prosentilla (n=23) hiljainen raportointikäytäntö. Taulukossa 6 on kuvattu vastausten jakauma raporttimuodoittain kummassakin raportointikäytännössä yhteensä.

	N	%
Suullinen raportointi	27	54 %
Hiljainen raportointi	23	46 %
<b>Yhteensä</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Taulukko 6. Raporttimuoto iltavuoroon tuleville henkilöille

Kysymykseen mihin nykyinen raportointimuoto perustuu, vastasi lähes kaikki vastaajista 96 prosenttia (n=49) sen perustuvan osaston käytäntöön ja vastaajista 4 prosenttia

(n=2) ei tiennyt mihin käytäntö perustuu. Molemmissa ryhmissä vastausprosentit olivat samat. Taulukossa 7 on kuvattu, mihin vallitseva raportointimuoto perustuu kummasakin raportointikäytännössä yhteensä.

	N	%
Hoitosuositukseen	0	0 %
Osaston käytäntöön	49	96 %
En tiedä	2	4 %
<b>Yhteensä</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

Taulukko 7. Raportti perustuu

Tuloksista ilmeni myös, että raporttia täydennetään joko suullisesti (39 %) tai kirjallisella tulosteella (57 %). Eritellyssä analyysissä ilmeni, että suullista raporttia täydennettiin tulosteella 93 prosentissa ja hiljaista raporttia suullisilla lisätiedoilla 74 prosentissa. Ainoastaan hiljaisen raportointikäytännön yksiköissä lisätietoja jouduttiin hakemaan potilasdokumenteista itse 9 prosentissa (n=2). Taulukossa 8 on kuvattu miten tarvittaessa raporttia täydennetään kummassakin raportointikäytännössä yhteensä.

Tuloste	29	57 %
Suulliset lisätiedot	20	39 %
Joudun itse etsimään lisätiedot	2	4 %
<b>Yhteensä</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

Taulukko 8. Raporttia täydentää

Vastausten mukaan raportti pidetään kansliassa 70 prosentissa (n=35) ja muussa tilassa 30 prosentissa (n=15). Eroa suullisen ja hiljaisen raportoinnin välillä kansliassa pidettävässä raportoinnissa oli 67 % vs. 73 %. Raporttia ei pidetty lainkaan potilashuoneissa. Muita tiloja olivat vastausten mukaan sosiaalitilat ("kahvihuone, hoitajien huone ja taukokuone") sekä osaston yhteiskäytössä olevat tilat ("välihuone, käytävä, takahuone, tutkimushuone ja missä tahansa mistä löytyy vapaa kone"). Erityisesti suullisen raportoinnin yksiköissä vaihtoehtoisena raportin pitopaikkana toimi usein sosiaalitila. Taulukossa 9 on kuvattu vastausten jakauma koskien raportin pitopaikkaa kummassakin raportointikäytännössä yhteensä.

Kanslia	35	70 %
Potilashuone	0	0 %
Jokin muu, mikä?	15	30 %

Yhteensä 50 100 %

## Taulukko 9. Raportointitila

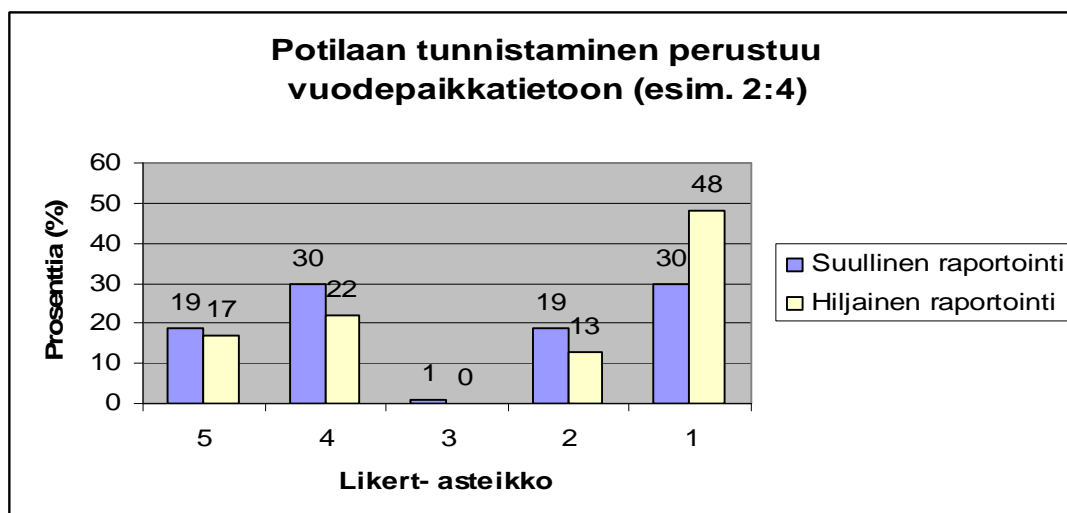
## 7.2 Vastaukset sisältöväittämiin

Tulosten mukaan raportti vastaanotettiin lähes poikkeuksetta vain omista potilaista (suullinen 100 % vs. hiljainen 96 %). Raporttitilanteen rauhallisuudessa oli eroja suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa. Hiljaisessa raportoinnissa esiintyi 20 % enemmän keskeytyksiä (suullinen 41 % vs. hiljainen 61 %), mutta molemmissa niitä oli merkittävä määrä. Toisaalta tuloksissa on ristiriitaisuutta, koska erityisesti suullisen raportin vastaanottajista 85 % oli sitä mieltä, että raportin saa vastaanottaa rauhassa, kun hiljaisen raportin vastaanottajista vain 66 % oli sitä mieltä. Tietoja jouduttiin usein täydentämään 30 prosentissa potilasdokumenteista suullisessa raportoinnissa, mutta hiljaisessa raportoinnissa vain viidessä prosentissa. Edellä mainitusta huolimatta lähes kaikki sekä suullisen että hiljaisen raportin vastaanottajista koki saavansa riittävät tiedot potilaan hoidon toteuttamiseksi (suullinen 93 % vs. hiljainen 95 %). Kummassakin ryhmässä oli merkittävä osa vastaajista (suullinen 23 % vs. hiljainen 34 %) sitä mieltä, että raportti kuvaa enemmän jo tapahtuneita asioita kuin nykyhetkeä ja miten hoidossa tulisi edetä. Valtaosa kummassakin ryhmässä oli kuitenkin tyytyväisiä nykyiseen raportointikäytäntöön (suullinen 85 % vs. hiljainen 86 %). Lähes puolet vastaajista molemmissa ryhmissä (suullinen 50 % vs. hiljainen 56 %) olivat sitä mieltä, että raportointikäytäntöä tulisi kehittää.

## 7.2.1 Tunnistaminen (Identification)

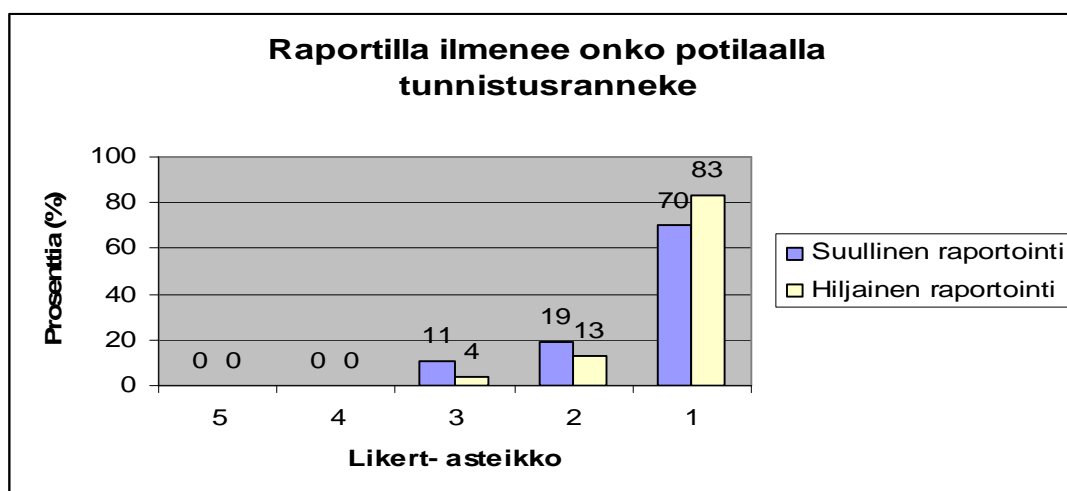
Potilaan tunnistettiin pelkän vuodepaikan sijainnin perusteella yhteensä molemmissa raportointikäytännöissä 43 prosentissa (suullinen 49 % vs. hiljainen 39 %). Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Molemmissa vastausryhmissä oli kuitenkin melko suuri hajonta hajontaa väittämien ääripäissä arvoilla 5-4 ja 2-1. Taulukossa 10 on kuvattu vastausten jakauma.





Taulukko 10. Potilaan tunnistaminen vuodepaikkatiedon perusteella. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

Raportilla ei lähes koskaan mainittu onko potilaalla tunnistusranneke (suullinen 89 % vs. hiljainen 96 %). Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Tämän väittämän vastauksissa oli suurin yksimielisyys. Taulukossa 11 on kuvattu vastausten jakautuma.



Taulukko 11. Tieto turvarannekkeesta. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

Vastausten mukaan kummassakaan raportointimuodossa ei selkeästi ilmennyt, keitä lääkäreitä konsultoidaan potilaan hoidossa (suullinen 26 % vs. hiljainen 30 %), mutta

molemmissa ryhmissä yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että raportista ilmeni kehen lääkäriin olisivat tarvittaessa yhteydessä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa (suullinen 66 % vs. hiljainen 60 %). Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Taulukossa 12 on kuvattu vastaukset koskien lääkärikonsultaatiota.



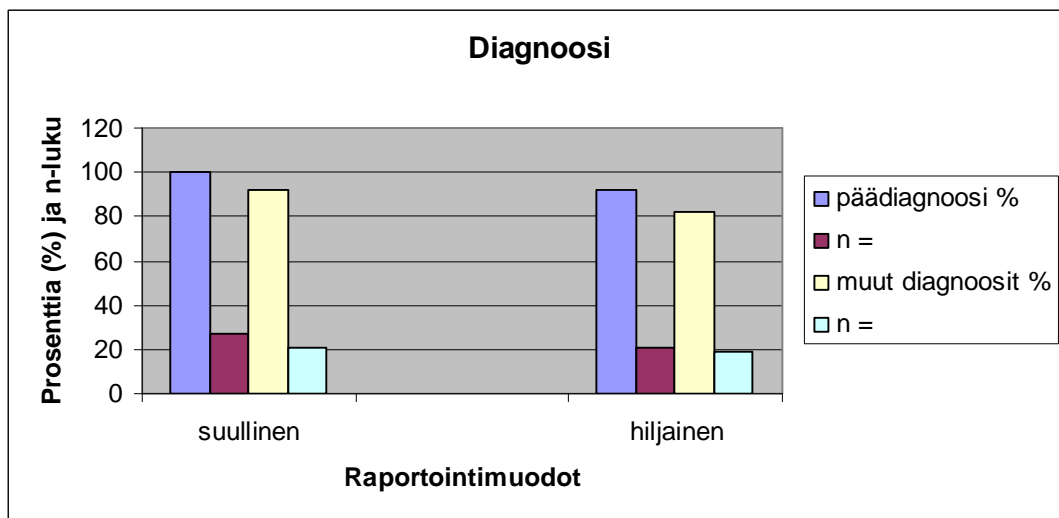
Taulukko 12. Lääkärikonsultaatiot. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

### 7.2.2 Potilaan tilanne (Situation)

Potilaan sen hetkinen tilanne tarkoittaa potilaan sairaalahoidon syytä, hänen tuntemustaan voinnistaan ja mahdollista oireistoa potilaan tilan muututtua jotenkin. Tuloksissa kävi ilmi, että kaikissa edellä mainituissa väittämissä oltiin kummassakin vastausryhmässä erittäin vahvasti (83 – 100 %) sitä mieltä, että potilaan sen hetkiseen vointiin liittyvät asiat ilmenevät raportista erittäin hyvin. Vastausten mukaan potilaan päädiagnoosi ilmeni erittäin hyvin sekä suullisessa että hiljaisessa raportissa (suullinen 100 % vs. hiljainen 92 %). Päädiagnoosilla tarkoitetaan tämänkertaiseen hoitojaksoon liittyvää sairaalassa olon syytä. Hiljaisen raportoinnin yksiköiden vastauksissa oli pientä hajontaa. Siitä miten potilas itse kokee vointinsa juuri nyt, tuli suullisessa raportoinnissa tietoa 93 prosentissa ja hiljaisessa raportoinnissa 96 prosentissa. Potilaan voinnista tuli raportilla selkeä kuva sekä suullisessa että hiljaisessa raportoinnissa yhteensä 94 prosentissa. Ero ryhmien välillä ei ollut merkittävä. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä.

### 7.2.3 Potilaan taustatiedot (Background)

Potilaan taustatietoja selvitetiin yhden väittämän avulla. Väittämässä kysyttiin selviääkö raportilla myös potilaan muut diagnoosit. Muilla diagnooseilla tarkoitetaan potilaan keskeisiä sairauksia, kuten diabetes, sydän- ja verisuonitaudit sekä muut potilaan hoidossa huomioitavat sairaudet. Tarkoituksena oli selvittää ilmeneekö raportista potilaan hoidon kannalta keskeiset diagnoosit, jotka saattavat olla niin kutsuttuja myötävaikuttavia sairauksia jos potilaan tila heikkenee odottamatta ja joiden mahdollista vaikutusta tulisi jo ennakoivasti arvioida. Esimerkiksi potilaan munuaisten tai maksan vajaatoiminta vaikuttaa mitä lääkkeitä voidaan potilaalle antaa tai diabeetikon sydäninfarkti ei välttämättä oirehdi rintakipuna vaan yleistilan laskuna. Potilaan muut diagnoosit tulivat raportoinnissa esille hyvin yhteensä 88 prosentissa (suullinen 92 % vs. hiljainen 82 %). Vastauksissa oli jonkin verran hajontaa molemmissa vastaajaryhmissä. Tuloksissa oli selvä ero. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Taulukossa 13 kuvataan kuinka usein potilaan kaikki diagnoosit mainitaan raportilla.

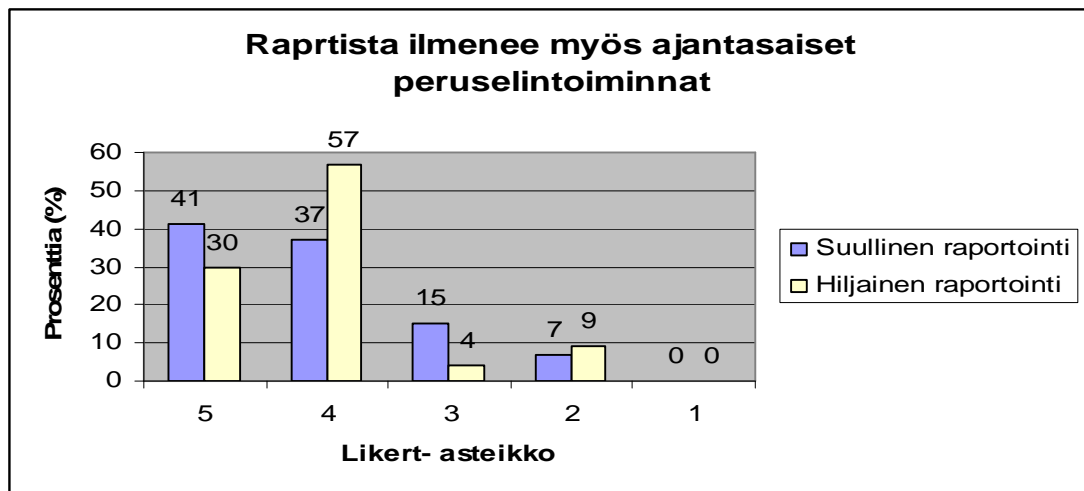


Taulukko 13. Potilaiden diagnoosien esiintyminen raportilla

### 7.2.4 Potilaan tilanarvio (Assessment)

Tulosten mukaan suullisessa raportoinnissa 78 prosentissa ja hiljaisessa raportoinnissa 87 prosentissa ilmenevät ajantasaiset peruselintoiminnot, jotka on mitattu korkeintaan tuntia aikaisemmin. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Saatujen vastausten mukaan eroja oli kuitenkin vastausten tarkemmassa jakaumassa

luokkien 5-4 välillä. Tuloksissa on melko merkittävä ero. Taulukossa 14 on kuvattu tarkempi jakauma, kuinka usein ajantasaiset peruselintoiminnot ilmenevät raportilla.



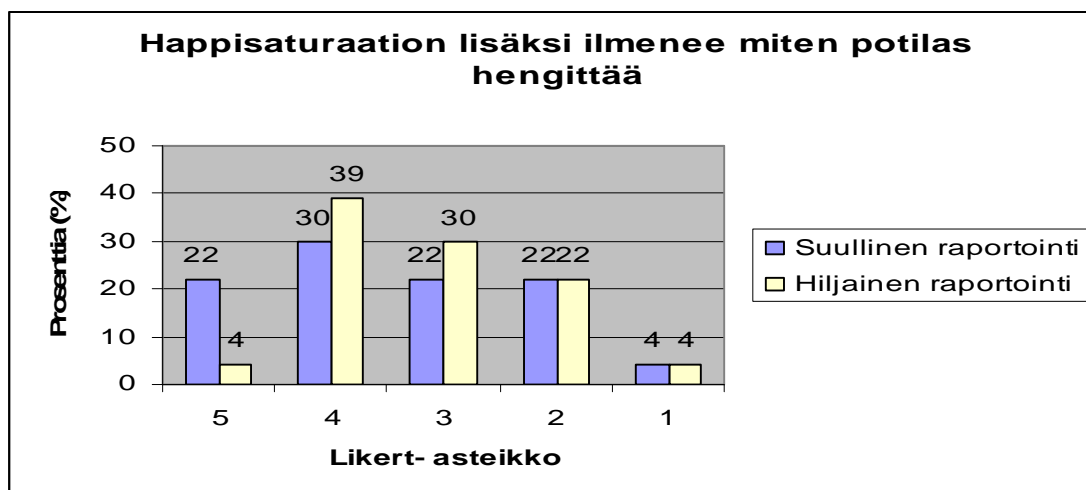
Taulukko 14. Ajantasaisten peruselintoimintojen ilmeneminen. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

”Raportilla aina ilmenevät peruselintoimintojen suuret ovat syke, verenpaine, happisaturaatio ja kehon lämpö”. Nämä suuret oli kyselyssä yhdessä samassa väittämässä ja tulosten mukaan nämä toteutuivat molemmissa vastaajaryhmissä huomattavasti huonommin (suullinen 56 % vs. hiljainen 60 %), kuin edellisessä väittämässä olleiden ajantasaisten peruselintoimintojen ilmeneminen raportilla. Vastauksissa oli myös huomattavaa hajontaa. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Taulukossa 15 on kuvattu mitattavien peruselintoimintojen esiintyvyys raportilla.



Taulukko 15. Raportilla aina mainittavat peruselintoimintojen suuret. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = joihinkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = joihinkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

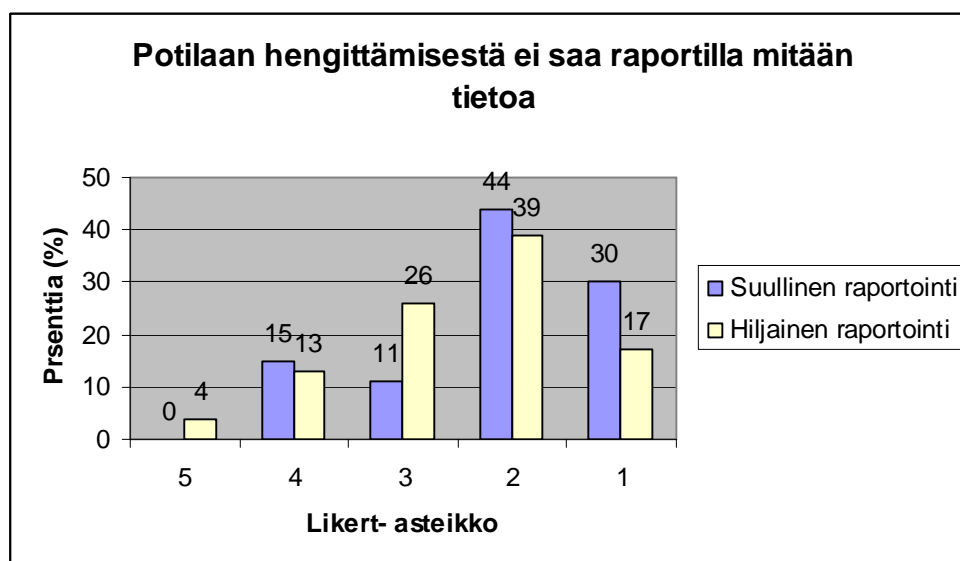
Potilaan hengitystoimintojen tarkempaan arvioon perustuvassa väittämässä ”happisaturation lisäksi ilmenee tieto miten potilas hengittää” oli siihen kerrottu kuuluvan hengitysteiden avoimuus, hengitystapa, hengitystaajuus, puheentuottokyky ja hengityksen apulihasten käyttö. Vastausten mukaan näitä arvioita ilmenee suullisella raportilla vain 52 prosentissa ja hiljaisessa raportoinnissa 43 prosentissa. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai joihinkin samaa mieltä. Vastauksissa oli suuri hajonta molemmissa vastausryhmissä. Taulukossa 16 ilmenee vastusten jakauma koskien potilaan hengittämiseen liittyvää tiedon saantia.



Taulukko 16. Potilaan hengittäminen 1. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = joihinkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = joihinkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

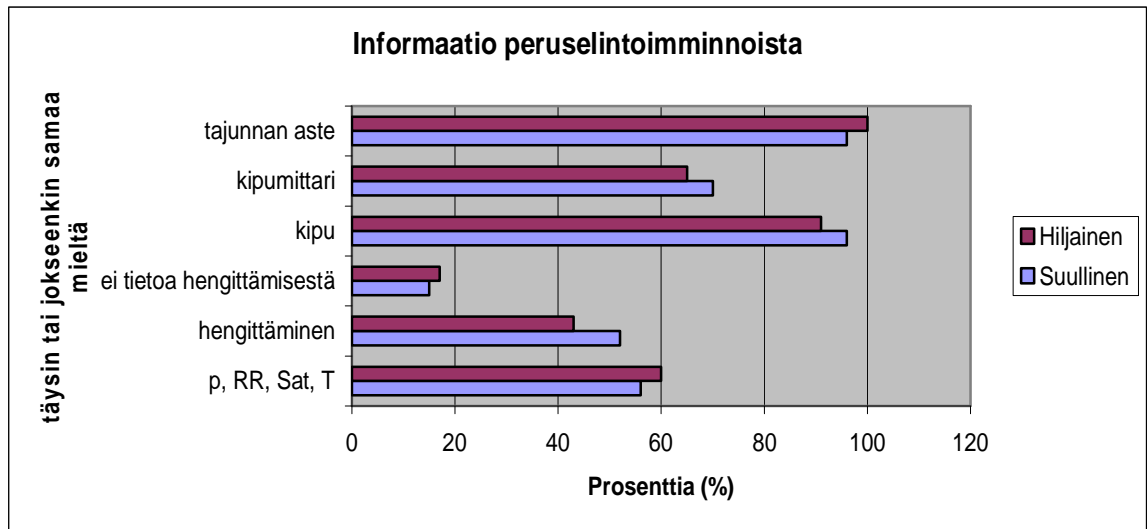
Kuitenkin vastaväittämän, ”potilaan hengittämisestä ei raportilla saa mitään tietoa” (sisälsi saman määritelmän hengittämien arvioinnista kuin edellinen väittämä), tuloksissa ilmeni, että 74 prosenttia suullisen raportointikäytännön ja 56 prosenttia hiljaisen raportointikäytännön yksiköiden vastaajista oli joihinkin tai täysin eri mieltä. Tuloksissa on siis selvä ristiriitaisuus, mutta vastauksissa oli myös huomattava hajonta. Tuloksissa on yhdistetty luokat täysin tai joihinkin samaa mieltä. Vaikka vastauksissa oli melkoisesti hajontaa, ilmenee erityisesti suullisen raportoinnin osalta vahva erimielisyys

väittämän kanssa. Taulukossa 17 on kuvattu tarkempi vastausten jakauma väittämään, että tietoa potilaan hengittämisestä ei saada raportilla.



Taulukko 17. Potilaan hengittäminen 2. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

Potilaan tajunnan aste selvisi raportilla erittäin hyvin (suullinen 96 % vs. hiljainen 100 %). Potilaan kivun arvioinnista välittyi raportilla tieto kiitettävästi (suullinen 96 vs. hiljainen 91 %). Vastuksissa mihin kivun arviointi perustuu, tulosten mukaan se perustui kipumittariin vain 70 prosentissa suullisessa ja 65 prosentissa hiljaisessa. raportoinnissa. Raportilla ilmenee kohtuullisen hyvin kuinka usein potilaan tilanarvio tulisi tehdä (suullinen 70 % vs. hiljainen 73 %). Tuloksissa koskien väittämää, "raportilla ilmenee mistä voisi olla kyse jos potilas ei voi hyvin", oli selkeä ero suullisen ja hiljaisen raportoinnin osalta (suullinen 89 % vs. hiljainen 74 %). Taulukossa 18 on esitetty yhteenveto potilaan erilaisista peruselintoimintoihin liittyvien suureiden esiintymisestä raportilla.



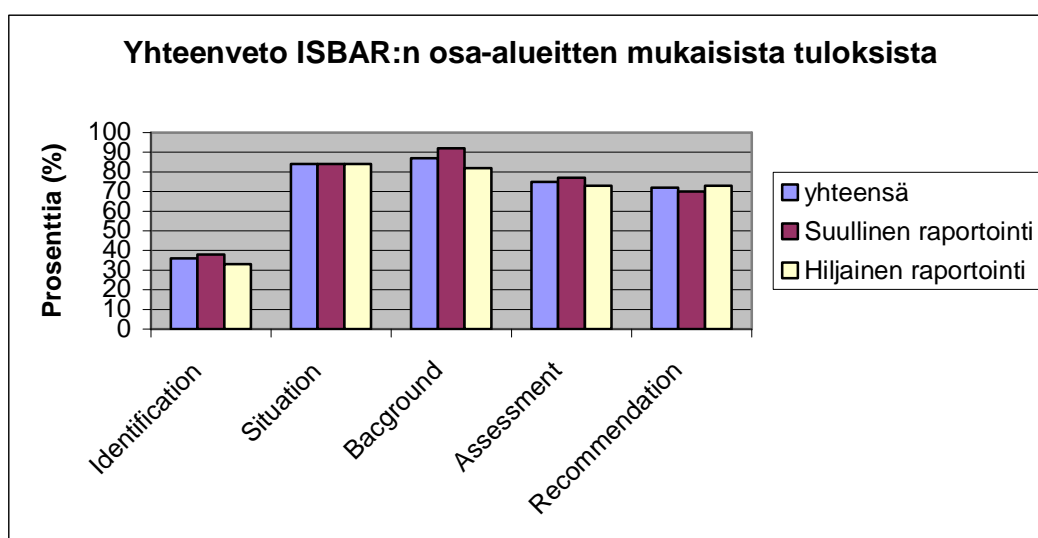
Taulukko 18. Raportti peruselintoimintojen prosentuaalisesta esiintymisestä raportilla luokissa 5-4. Likert- arvot: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä

#### 7.2.5 Suositukset (Recommendation)

Ehdotusta (Recommendation) siitä, kuinka potilasta tulisi tarkkailla, tutkia ja hoitaa, selvitettiin vain yhden väittämän avulla. Väittämän mukaan raportilla sai selkeän kuvan siitä, kuinka usein potilaan tilanarvio tulisi tehdä. Molempien raportointimuotojen yhteenlaskettu tulos oli, että 72 prosentissa tieto potilaan tilan seurantaväleistä selvisi raportilla (suullinen 70 % vs. hiljainen 73 %).

Yhteenvedona määrällisen kyselyn tuloksista saatiin, että strukturoidun rakenteellisen ISBAR- raportointimenetelmän mukaisista osa-alueista toteutui tunnistaminen (Identification) suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa yhteensä vain 36 prosentissa. Tunnistamiseen liittyvät tarkastelun kohteet, joita tässä opinnäyteyössä selvitettiin, olivat kertoaanko raportilla potilaalla olevan nimiranneketta ja keitä lääkäreitä konsultoidaan potilaan hoidosta. Potilaan tilanne (Situation) selvisi raportista 92 prosentissa esille suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa yhteensä kaikkien siihen osa-alueeseen liittymien väittämien osalta. Vastaajista yhteensä 20 % oli sitä mieltä, että raportoinnissa ei siirry kaikki oleellinen tieto ja 28 prosenttia oli sitä mieltä, että saatu tieto kuvaa jo tapahtuneita asioita, eikä mitä tulisi tehdä. Potilaan tausta (Background) selvisi raportilla yhteensä 88 prosentissa suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa. Potilaan tilanarviointi (Assessment) toteutui yhteensä kummassakin vastaajaryhmässä vain 76 prosen-

tissa kaikkien väittämien osa-alueitten yhteenlaskettuna tuloksena. Vaikka vastaajat oivat sitä mieltä, että tuoreet potilaan peruselintoimintojen arvot esiintyvät raportilla 97 prosentissa, hengittämisestä saadaan tieto ainoastaan 47 prosentissa. Vastaajista 16 % oli sitä mieltä, että potilaan hengittämisestä ei saa raportilla mitään tietoa. Suositukset tai ehdotukset (Recommendation) potilaan tilan seurannan, tutkimusten tai hoidon jatkon jatkuvuuden turvaamiseksi tulivat esille yhteensä kummassakin vastaajaryhmässä yhteensä 72 prosentissa. Taulukossa 19 kuvataan ISBARin osa-alueiden mukainen jakauma raportoinnin tuloksista, jossa kunkin osa-alueen väittämien tulokset on laskettu yhteen raportointimuodoittain ja molempien yhteenlaskettu tulos.

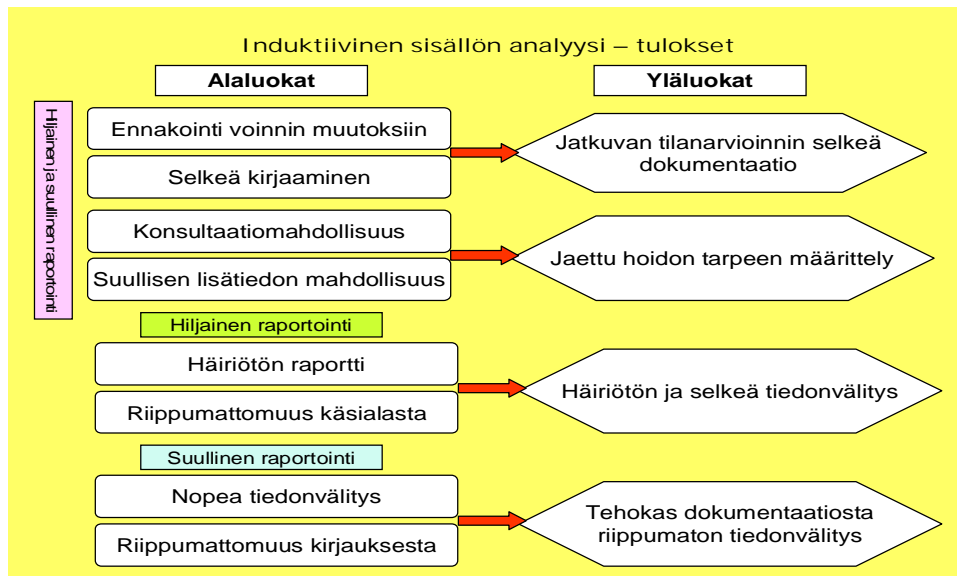


Taulukko 19. ISBAR- raportointimenetelmän mukaiset jakaumat yhteensä ja raportointimuodoittain.

### 7.3 Nykyisen raportointikäytännön merkitys potilasturvallisuuden toteutumisessa

Kyselyssä olleeseen avoimeen kysymykseen ”miten nykyinen raportointikäytäntö osastollasi tukee potilasturvallisuutta” tuli yhteensä 31 vastausta (suullinen n = 21 vs. hiljainen n = 10). Avoimen kysymyksen sisällön analyysissä tuli 8 alaluokkaa ja 4 yläluokkaa. Sekä suullisessa että hiljaisessa raportoinnissa saatiin aineistosta yhteisiksi yläluokiksi jatkuvan tilanarvioinnin selkeä dokumentaatio ja jaettu hoidontarpeen määrittely. Hiljaisessa raportoinnissa yläluokaksi muodostui häiriötön ja selkeä tiedon välitys. Suullisessa raportoinnissa yläluokaksi muodostui tehokas dokumentaatiosta riippumaton tiedonvälitys. Kuviossa 4 on kuvattu ala ja yläluokat raporttimuodoittain.





Kuvio 4. Potilasturvallisuutta parantavat seikat nykyisessä raportointikäytännössä, ala- ja yläluokat

Kaikkien vastanneiden yhteinen piirre oli se, että he puolustivat kiivaasti omaa nykyistä raportointikäytäntöään potilasturvallisuutta parantavana, jonka perustelut he toivat erinomaisesti myös vastauksissaan esille.

"Hyvä raportointikäytäntö perustuu hyvään ja tarkkaan hoitosuunnitelmaan / kirjaamiseen, näin saa kaiken oleelliseen ja tärkeän tiedon ja tällöin ei myöskään potilasturvallisuus vaarannu." "Kirjaamine on tarkentunut ja kertoo selkeämmin, miten potilas voi. Hoitotyön jatkohoidon suunnittelu parantunut, kun olemme siirtyneet hiljaiseen raporttiin".

"Suullinen raportointi edistää mielestäni potilasturvallisuutta, koska raportointitilanteessa usein pohditaan potilaan vointia ja suunnitellaan hoitoa yhdessä aamuhoitajan kanssa. Esille nousee sellaisia asioita joita ei välttämättä hiljaisessa raportoinnissa kävisi ilmi."

Potilaan tilan muutosten ennakointi ja niiden selkeä dokumentoiminen nousi esille molemmissa raportointikäytännöissä potilasturvallisuutta parantavaksi tekijäksi. Tärkeänä sekä suullisessa että hiljaisessa raportoinnissa pidettiin myös sitä, että tieto tilan muutoksista välittyy hyvin sekä selkeän dokumentaation että suullisen tiedottamisen ansiosta. Potilasturvallisuuden kannalta kummassakin raportointikäytännössä pidettiin tärkeänä sitä, että oli mahdollisuus konsultoida kollegoita ja yhdessä miettiä potilaan hoidon tarvetta. Sekä suullisessa että hiljaisessa raportoinnissa pidettiin tärkeänä myös sitä, että oli mahdollisuus saada tarvittaessa suullisesti lisätietoja.

"Saamme suullisesti raportin, jossa käydään pot. hoidon jatkuvuuden kannalta olennaisimmat tiedot samoin kuin voinnista."

"Kirjallisen raporttipohjan tietojen lisäksi potilaasta raportoidaan suullisesti asioista, joita esim on tärkeä seurata seuraavan vuoron aikana."

"Potilaspapereihin kirjataan oleelliset voinnin muutokset hyvin."

"Hyvin kirjattu tiedot potilaan voinnista, lääkkeistä jne."

"potilaan voinnista ja muutoksista kirjataan usein selkeästi, myös suullisista raportointia annetaan tarvittaessa."

Potilasturvallisuutta suullisessa raportoinnissa paransi erityisesti mahdollisuus erittäin tehokkaaseen ja nopeaan tiedon jakamiseen sekä hoitokonsultointiin. Tärkeänä pidettiin myös mahdollisuutta tietojen tarkentamiseen ja riippumattomuus tietokoneesta sekä kirjaamisesta että raportoinnista. Erityisesti tiedon välittämisen nopeus koettiin merkittäväksi potilasturvallisuutta parantavaksi seikaksi ja lisäksi raporttia täydensi tuloste, jossa olivat keskeiset tiedot jo valmiina. Potilasdokumentit saattoivat olla saavuttamattomissa joko sen vuoksi, että potilaan paperiset dokumentit olivat lääkäriellä tai tietokoneita ei ollut tarpeeksi, jotta ajantasainen kirjaaminen onnistuisi. Potilasturvallisuus koettiin myös paremmaksi sen vuoksi, että asiat sanottiin ääneen ja potilaan voinnista saatiin täten monipuolisempi ja kattavampi kuva kuin potilasdokumenteista lukemalla olisi saanut. Tärkeäksi koettiin myös se, että asiat sanottiin ääneen, eikä tarvinnut pelkästään lukea faktoja potilasdokumenteista.

"Tilanteet vaihtuvat nopeasti, suullisesti tieto kulkee nopeammin..."

"Suullinen raportointi on ehdottomasti osastollamme tarpeellinen, lisää potilasturvallisuutta. Raportilla voi myös kysellä potilaista tarkentavia tietoja."

"Raportilla voi tarvittaessa kysyä tarkentavia kysymyksiä potilaan voinnista. Keskustelemalla edellisen vuoron hoitajan kanssa potilaan voinnista, saa kattavamman käsityksen kokonaistilanteesta kuin, että lukee pelkät "faktat" RR, P, lämpö jne. Kirjalliset raportit ovat harvoin kuvailevia."

"- tuloste auttaa sekä raportijaa että vastaanottajaa –suullisessa raportoinnissa tulee vuorovaikutusta, voi esittää kysymyksiä / pohdintaa jne. joskus potilaspaperit ovat muualla käytössä, jolloin suullinen raportti."

"Tiedon haku ei jää pelkästään vuoroon tulevan hoitajan oman aktiivisuuden varaan, jolloin jokin tieto saattaa jäädä huomioimatta"

Suullisessa raportoinnissa potilasturvallisuutta heikensi se, että kaikkea oleellista ei kirjattu ja kirjaamisen sisältö riippui kirjaajan käsityksestä, mikä on oleellista tietoa potilaan voinnista tai siitä muistaako potilaan asiat, jos potilasdokumentit eivät ole saatavilla sekä raporttitilanteiden häiriöt.

"tuloste auttaa sekä raportojaa että vastaanottajaa – suullisessa raportoinnissa tulee vuorovaikutusta, voi esittää kysymyksiä / pohdintaa jne. joskus potilaspaperit ovat muualla käytössä, jolloin suullinen raportti."

"Potilaasta annetaan omien kokemusten mukainen kuva. Ainahan on faktoja joita saisi olla lisää, mutta näihin ei monestikaan kyetä juurtumaan ennen kuin asiantuntija tulee töihin."

"Usein raportti keskeytyy tai raportointitila voi olla esim lääkäreiden käytössä."

Hiljaisessa raportoinnissa potilasturvallisuutta vastausten mukaan paransi erityisesti häiriötön raportointi ja riippumattomuus käsialasta, joka mahdollisti häiriöttömän ja selkeän tiedonvälityksen. Hiljaisessa raportoinnissa mahdollistui vastaajien mukaan ajantasainen ja laadukkaampi kirjaaminen, omiin potilaisiin rajattu tietosisältö ja riippumattomuus käsialasta. Erityisesti vastauksissa korostettiin tiedonsaannin häiriöttömyyttä, jolla tarkoitettiin sitä, että tiedon sai itse rauhassa etsiä potilasdokumenteista. Toinen merkittävä esille noussut asia oli se, että sai keskittyä pelkästään omien potilaiden tietojen vastaanottamiseen, joka mahdollisti asioiden paremman mieleen painumisen.

"Omahoitajana voin keskittyä vain omiin potilaisiini. Silloin tieto jää paremmin mieleen ja vähemmästä tietää enemmän Näkee kehityksen, tuntee "suolenmutkat" paremmin (jatkuvuus ja tuttuus)"

"Saa ainakin lukea raportin rauhassa eikä kuunnella turhanpäiväisyyksiä"

"ei tarvitse tulkita eri käsialoja"

Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä olivat hiljaisessa raportoinnissa erityisesti raporttitilanteissa ajoittain ilmenneet häiriöt, joilla tarkoitettiin tiedonsaannin keskeytymistä ja erityisesti riippuvuus tietokoneesta. Raportin keskeytyminen tuli esille määrällisessä aineistossa, mutta sitä ei tuotu esille avoimen kysymysten vastauksissa. Tietokoneiden puute ilmeni raportointitilakysymyksen vastauskohdasta muu tila, mikä? Siinä vastauskohdassa oli useita hiljaista raportointia kommentteja:

"sieltä mistä löytyy vapaa tietokone".

## 8 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikassa pitää noudattaa hyvää tieteellistä tapaa, joka edellyttää mm. rehellisyyttä esim. lähdemerkintöjen käyttöä, aitoa kiinnostusta aiheeseen, tunnollisuutta, ihmisarvon kunnioittamista ja vaaran eliminointia. Tutkimuksen tulee myös edistää ammatinharjoittamista, kohdella arvostaen kollegaa ja tutkimuksessa saatua tietoa tulee käyttää sosiaalisten vastuullisesti eli eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista, se ei saa aiheuttaa tutkittavalle haittaa, tutkittavaa tulee kohdella kunnioittavasti ja tutkittavien henkilötietoja tai muita tietoja, joiden avulla heidät voisi tunnistaa, ei saa julkistaa lopullisessa raportissa. Tutkittavalle pitää antaa riittävästi tietoa ja varmistaa, että hän on sen ymmärtänyt, jotta hän voi antaa tietoisensa suostumuksensa osallistumiseensa tutkimukseen. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että kaikilla on yhtäläinen mahdollisuus tulla valituksi tutkittaviksi ja valintaperuste on kaikille sama. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009d: 171–184.)

Opinnäytetyön aiheen valintaa ohjasi henkilökohtainen kiinnostukseni aiheeseen sekä oppilaitoksen antamat ohjeet aihealueista. Opinnäytetyön toteuttamiseksi saatiin tutkimuslupa HUSin Operatiiviselta tulosityksiköltä. Olen pyrkinyt noudattamaan tunnollisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta sekä lähdemerkinnöissä että tutkimustulosten julkaisussa. Luottamuksellisuus tässä opinnäytetyössä tarkoittaa, että kyselyyn vastattiin nimettömästi ja tulokset julkaistiin rehellisesti. Osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja vastaamisen sai keskeyttää halutessaan. Kyselyn liitteenä oli saatekirje, jossa lyhyesti kuvattiin opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn tarkoitus, opinnäytetyön suorittajan ja ohjaajien yhteystiedot ja vastaamiseen kuluva aika. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin vastaamisen olevan vapaaehtoista sekä luottamuksellista.

Niillä osastoilla, joiden henkilöstölle kysely lähetettiin, järjestettiin myös osastotunti. Osastotunnilla kerrottiin osallistujille opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus keskeytykseen. Vain ne vastaukset olivat mukana, jotka vastaaja hyväksynnällään oli vahvistanut ja lähettänyt. Kyselyyn vastauksen lähettäminen voidaan katsoa olevan tietoinen suostumus. Kysely lähetettiin kaikille vakinaisille ja pitkäaikaisena sijaisena toimiville hoitotyöntekijöille sekä kaikille osastonhoitajille. Kysymyksiin vastattiin nimettömästi, joten tutkittavien henkilöllisyys ei selviä vastauksista. Kyselyn vastaukset oli koodattu vastaajanumerolla, joten aineiston käsittelyvaiheessa edes opinnäytetyön tekijä ei voinut tietää keiden henkilöiden vastuksia käsi-

teltiin. Tulosten julkaisussa on käytetty sairaaloiden ja osastojen tunnistetietoja, mutta yksittäistä vastaajaa ei sen perusteella voi tunnistaa. Ne osastonhoitajat, jotka olivat vastanneet kyselyyn, oli vastauksista tunnistettavissa. Tulosten julkaisussa on heidän vastauksensa sisällytetty muihin vastauksiin siten, ettei heitä lopullisista tuloksista voi tunnistaa.

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa olen pyrkinyt kunnioittamaan tutkimuksen kohteena olevia henkilöinä ja kollegoina. Tutkimusaineisto säilytetään opinnäytetyön julkaisemiseen saakka elektronisessa muodossa opinnäytetyön työelämäohjaajan hallinnassa ja otetaan sen jälkeen muistitikulle niin sanottuna raakamatriisina mahdollista myöhempiä tilasto-ohjelmalla suoritettavaa tarkempaa analyysiä varten. Opinnäytetyön julkaisun jälkeen elektroninen aineisto hävitetään Digium- Enterprice- kyselyohjelmasta HUSin tietosuojaohjeiden mukaisesti.

## 9 Opinnäytetyön luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin tarkasteluun. Validiteetilla tarkoitetaan sitä onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Validiteetti jaetaan mittarin luotettavuuden arviointiin ja tutkimuksen tulosten yleistettävyyden arviointiin. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa onko saadut tulokset pysyviä. Reliabiliteettiä arvioitaessa tarkastellaan onko valittu mittari sellainen, että saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia eli voitaisiinko samalla mittarilla saada samankaltaisia tuloksia eri aineistossa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 152.)

Mittarin luotettavuutta arvioidaan sisältövaliditeetin perusteella. Sisältövaliditeetti on keskeisin arvioinnin kohde, koska se kertoo onko valittu mittari oikea eli voiko valitulla mittarilla saada luotettavia tuloksia. Jos mittari on valittu väärin, ei tutkimuksen tuloksia voi pitää luotettavina, vaikka kaikki muut tutkimuksen luotettavuuden osa-alueet olisivatkin kunnossa. Sisältövaliditeetin arvioitaessa tarkastellaan mittaako mittari juuri sitä ilmiötä, jota sillä on tarkoitus mitata, onko valitut käsitteet pystytty operationalisoimaan eli saattamaan mitattavaan muotoon luotettavasti ja minkälainen teoreettinen rakenna mittarilla on. Mittarin tulisi olla niin kattava, ettei mikään tutkittavan ilmiön

osa-alue jää mittaamatta ja tutkittavan ilmiön tulisi olla niin tarkkarajainen, että sen mittaaminen luotettavasti on mahdollista. Tutkimuksessa tulisi tästä syystä käyttää jos mahdollista mahdollisimman ajantasaisia, esitestattuja ja standardoituja mittareita, jotka soveltuvat juuri tutkittavaan kontekstiin. Teoreettisten käsitteiden operationalisointi tarkoittaa käsitteiden muuttamista mitattaviksi muuttujiksi, joka edellyttää huolellista kirjallisuuteen perehtymistä. Jokaiselle muuttujalle tulee olla kirjallisuuteen pohjautuva perustelu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 152–154.)

Mittarin teoreettista rakennetta tulisi arvioida erityisesti silloin kun käytettävissä ei ole validoituja ja standardoituja mittareita. Luotettavin mittarin teoreettisen rakenteen arviointitapa on tehdä faktorianalyysi, jossa tutkittava ilmiö voidaan jäsentää osamittareiksi. Tällä menetelmällä päästään arvioimaan kuinka hyvin osamittarin muuttujat latautuvat oikeille faktoreille. Myös mittarin esitestaaminen lisää mittarin luotettavuutta. Heikoin luotettavuuden arviointimuoto on näennäisvaliditeetti, jossa joko tutkija itse tai joku asiantuntija arvioi mittarin luotettavuutta. Mittarin kriteerivaliditeetilla tarkoitetaan tilannetta, jossa samaa ilmiötä voidaan mitata kahdella eri mittarilla. Ennustevaliditeetillä tarkoitetaan tilannetta, jossa yhdellä mittarilla saadaan eri mittauskerroilla ennustettu mittaustulos. Mittarin sensitiivisyydellä ja spesifisyydellä tarkoitetaan mittarin kykyä tunnistaa todelliset ja negatiiviset arvot. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 152–155.)

Tässä opinnäytetyössä ei ollut mahdollista käyttää valmista mittaria, koska hoitotyön raportointia ei ole tutkittu potilasturvallisuuskulmasta, joten sellaista mittaria ei ollut kirjallisuuskatsauksen mukaan olemassa, vaan se tehtiin tätä opinnäytetyötä varten. Tämä saattaa hiukan heikentää opinnäytetyön mittarin sisältövaliditeettia. Tätä opinnäytetyötä varten rakennettu mittari muodostui kyselyn väittämistä, jotka oli tehty Likert- asteikolliseksi. Väittämät tehtiin kirjallisuuskatsaukseen perustuen potilasturvallisuuden, ISBAR- raportointimenetelmän ja potilaan tilanarviointiohjeen ABCDE- mukaan. Likert- asteikollisten vastausten tarkastelu määrällisin menetelmin oli perusteltua, koska haluttiin tarkastella kuinka usein ilmiö esiintyy. Tässä opinnäytetyössä ei faktorianalyysiä tehty osamittarien muuttujien latautumisesta, joten se saattaa myös heikentää mittarin luotettavuutta.

Mittari esitettiin ja sen sisällöstä saatiin asiantuntijoilta arvio, joka puolestaan lisää mittarin luotettavuutta. Koska hoitotyön raportointia ei ole aiemmin tutkittu varsinaisesti potilasturvallisuuskulmasta, eikä kirjallisuuskatsauksen mukaan valmista ollut olemassa, ei kriteerivaliditeettia pystynyt arvioimaan tässä opinnäytetyössä. Mittarin sisältövaliditeettia lisäsi huolellinen perehtyminen laajasti kirjallisuudessa esitettyihin käsitteisiin. Strukturoidussa kyselyssä sisältöväittämät oli yritetty laatia mahdollisimman yksiselitteisiksi, joka lisää sisältövaliditeettia, mutta joidenkin kysymysten vastusten perusteella, olisi kysymyksiä voinut vielä selkeyttää. Kyselyn laajuus ja kattavuus oli valittujen kriteerien ja opinnäyttekysymysten mukaan tehty, joten sitä voi pitää kattavana ja riittävän laajana. Tätä opinnäytetyötä varten luodulla mittarilla on mahdollista mitata erilaisissa toimintaympäristöissä potilasturvallisuuteen liittyviä tiedonkulun osalueita ja samankaltaisissa toimintaympäristöissä saada samankaltainen lopputulos. Tämä lisää tässä opinnäytetyössä käytetyn mittarin kriteerivaliditeettia, vaikka korrelaatiokertoimeen perustuvaa validiteettikerrointa ei laskettukaan. Koska vastaavaa toista mittaria ei ole, ei mittarin sensitiivisyyden ja spesifisyyden arviointi ole mahdollista.

Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan mittaamisesta riippumattomien tekijöiden vaikutusta mittaustuloksiin. Näitä tekijöitä ovat muun muassa välin tulevat muutokset. Lisäksi ulkoista validiteettia saattaa heikentää otoksen kato, jota tulisi arvioida katoanalyysillä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 155.) Tällaisia väliin tulevia muuttujia olisivat voineet olla esimerkiksi kyselyn kohteena olevien osastojen henkilökunnan perehtyminen rakenteellisen raportoinnin järjestelmän osa-alueisiin. Tämä ei kuitenkaan ilmennyt osastotunneilla, mutta on mahdollista, että ennen kyselyyn vastaamista osallistujat ovat voineet hakea tietoa internetistä. Kyselyyn oli kaikkiaan kolme viikkoa aikaa vastata ja kahden viikon jälkeen lähetettiin muistutus, joka nosti vastaajien kokonaismäärän 38:sta 51:een, jolloin vastusprosentiksi muodostui 68 %, jota voidaan pitää erittäin tyydyttävänä. Kaikki vastaukset otettiin mukaan. Otos vastaa hyvin perusjoukkoa ja tulokset voidaan yleistää vastaamaan kirurgisten vuodeosastojen henkilöstöä erikoissairaanhoidossa.

Vastauksissa oli vaihtelua kysymyksittäin vastaajien määrissä. Vastaajien määrät kysymyksittäin vaihtelivat välillä 50 – 51. Alkuperäistä määrällistä analyysiä ei lähdetty korjaamaan, vaan tulokset julkaistiin graafisessa muodossa ja taulukkoina niin, että niissä näkyi kaikki keskeiset tiedot tulosten luotettavuuden arvioinnin mahdollistamiseksi.

Keskiarvo ei Likert- asteikkoa käyttäessä ole kaikkien hoitotieteen menetelmäkirjojen mukaan suositeltavaa ja se päätettiin jättää tuloksista pois kuten myös keskihajonta, vaikka kyselyohjelma antoi tuloksissa myös nämä arvot. Tilastointiohjelmalla suoritettulla analyysillä olisi voitu saada esille tilastollisesti merkittävämpiä eroja. Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen kannalta niiden kliininen merkitys ei olisi kuitenkaan tuottanut merkittävää lisäarvoa, joten sitä ei suoritettu. Tämä kuitenkin saattaa heikentää hiukan tulosten luotettavuutta.

Mittarin reliabiliteetin arviointi perustuu mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, mittarin pysyvyyden ja mittarin vastaavuuden arviointiin. Sisäistä johdonmukaisuutta arvioitaessa tarkastellaan mittavatko kunkin osamittarin muuttujat samaa asiaa ja korreloivat keskenään. Mittarin pysyvyys tarkoittaa sen kykyä tuottaa eri mittauskerroilla sama tulos. Mittarin vastaavuudella tarkoitetaan kahden eri mittaajan saamaa samaa tulosta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 156–157.)

Tähän opinnäytetyöhön tehty mittari todennäköisesti tuottaisi samankaltaisissa toimintaympäristöissä toistettuna ja eri mittaajien toimesta samankaltaisen mittaustuloksen, joten mittaria voidaan pitää pysyvänä ja sen vastaavuutta hyvänä. Mittarin sisästä johdonmukaisuutta paransi kyselyssä olleet samaa asiaa mittaavat vastaväittämät. Johdonmukaisuutta ei kuitenkaan arvioitu käyttäen Cronbachin alfakerrointa, mikä vähentää mittarin reliabiliteettia. Opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä, mikä myös vaikeuttaa reliabiliteetin arvioimista.

Saatujen tulosten arvioinnissa kiinnitetään huomio sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Tulosten sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan, että saadut tulokset johtuvat ainoastaan tutkimusasetelmasta, eikä siihen liity uhkia, joita voivat olla historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat ja kontaminaatio. Tulosten ulkoinen validiteetti tarkoittaa, että tulokset ovat yleistettävissä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 157–158.)

Tämän opinnäytetyön tulosten sisäistä validiteettia lisäsi se, että kyselyyn vastanneilla ei ollut tietoa rakenteellisen raportoinnin menetelmästä, eikä sen sisältöalueista. Koska otos oli kokonaisotanta, eivät myöskään kyselyyn vastanneet valikoituneet, koska kaikilla oli yhtäläinen mahdollisuus vastata ammattinimikkeestä tai työkokemuksen pituu-



desta riippumatta. Poistumaa ei esiintynyt, koska kysely suoritettiin vai kerran. Opinnäytetyön tulokset voidaan yleistää vastaaviin kirurgisiin vuodeosastoihin ja myös muihin somaattisten sairauksien hoitoon keskittyviin vuodeosastoympäristöihin, koska kysymyksissä ei ollut mitään lääketieteen erikoisalaan liittyviä spesifejä kysymyksiä. Koska kyseessä oli harkinnanvarainen näyte, ei tuloksia voida sellaisenaan yleistää sellaisenaan koskemaan koko terveydenhuollon toimintakenttää, sillä erilaisissa toimintaympäristöissä tiedonkulun sisältö voi vaihdella. Esimerkiksi psykiatrisissa yksiköissä ovat erilaiset tarpeet tiedon välittämisessä potilaan voinnista. Tulosten ulkoista validiteettia saattaa myös heikentää Hawthornen efekti, jossa kyselyyn vastanneet ovat voineet vastata niin kuin haluaisivat asian laidan olevan, koska ovat olleet tutkimuksen kohteena.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tulosten uskottavuuden ja siirrettävyyden perusteella. Uskottavuuden arvioinnissa tarkastellaan kuinka selkeästi tulokset on kuvattu, miten analyysi on tehty ja kuinka on arvioitu tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Siirrettävyyttä arvioitaessa huomio kiinnitetään muun muassa aineiston keruun ja analyysin seikkaperäiseen kuvaukseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009c: 159–160.)

Laadullisen aineiston osalta on opinnäytetyössä pyritty kuvaamaan saatu aineisto mahdollisimman laajasti ja elävästi, joka lisää luotettavuutta. Tuloksissa on käytetty alkupepäisilmaisuja. Aineiston käsitteleminen ja pelkistäminen sekä luokkien muodostaminen on kuvattu ja liitetty työhön havainnollistavat kaaviot. Avoimen kysymyksen analyysi laadullisin menetelmin oli metodologisesti perusteltua, koska vastauksia olisi määrällisin menetelmin ollut sekä hankalaa analysoida että tuloksista ei olisi saatu esille potilasturvallisuutta kuvaavia perusteluita ja mahdollisia piilomerkityksiä, joiden avulla voidaan kuvata mahdolliset potilasturvallisuutta heikentävät seikat.

## 10 Pohdinta ja jatkosuositukset

### 10.1 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyöntekijöiden välisessä tiedonsiirrossa iltavuoron aluksi vastaanotettavassa hoitotyön raportoinnissa neljällä kirurgisella vuodeosastolla, joista kahdella oli perinteinen suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö. Tarkastelun perustana käytettiin ISBARia (Identification, Situation Background, Assessment ja Recommendation), rakenteellisen raportoinnin menetelmää, joka on käytössä muun muassa Yhdysvalloissa ja Australiassa.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Digium- Enterprise ohjelmalla helmikuussa 2012. Kysely tehtiin kokonaisotantana kahdessa HUSin Operatiiviseen toimialaan kuuluvassa HYKSin sairaalassa. Kysely suoritettiin kokonaisotantana yhteensä neljällä vuodeosastolla, joista kahdella oli suullinen ja kahdella hiljainen raportointikäytäntö. Kysely lähetettiin kaikille vakinaisille ja pitkäaikaisena sijaisena toimiville hoitotyöntekijöille sekä osastonhoitajille  $N = 75$ . Opinnäytetyössä verrattiin kerätyn aineiston perusteella ilmeneekö suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa potilaan vointiin ja peruselintoimintojen suureisiin liittyviä eroja tietosisältöjen suhteen. Lisäksi selvittiin onko raportoinnissa jokin selkeä strukturoitu rakenne, ilmeneekö raportointikäytännössä potilasturvallisuutta uhkaavia seikkoja sekä perustuuko vallitseva raporttikäytäntö tutkittuun tietoon kuten ISBAR – menetelmä.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytettiin siksi, että tarkoituksena oli selvittää kyselyn avulla tilastollisesti mitattavia eroja kahdessa eri raportointikäytännössä. Avoin kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmiin kuuluvala sisällön analyysillä siksi, että haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä miten nykyinen raportointikäytäntö tukee potilasturvallisuutta ja ilmeneekö vastauksien piiloisällöissä potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä.

Kyselyssä oli 10 taustakysymystä ja 26 väittämää, jotka oli asetettu viisiportaiselle Likert-asteikolle. Vastauksia saatiin 68 % ( $n = 51$ ), jota voidaan pitää erittäin tyydyttä-

vänä. Kyselyssä oli mukana myös yksi avoin kysymys. Vastausten analysointi suoritettiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Määrällisen aineiston analyysi suoritettiin kyselyohjelmalla, mutta aineistoa käsiteltiin lisäksi Excel 2003- tilastointiohjelmalla, jonka avulla luotiin havainnollistavat taulukot. Aineistosta ei tehty tarkempaa tilastoanalyysia PASW- tilastointiohjelman avulla, mutta opinnäytetyön tekijällä on aineisto raakamatsiisina mahdollista jatkoselvittämistä varten.

Vastaukset jakautuivat erittäin tasaisesti osastoittain (25 % kultakin osastolta) ja melko tasaisesti raportointikäytännöittäin (suullinen raportointi 51 % vs. hiljainen raportointi 49 %). Vastausten tasainen jakauma lisää opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Vastaajien jakauma eri ammattinimikkeittäin oli myös melko tasaista, joka myös lisää tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä vastaaviin toimintaympäristöihin. Valtaosalla vastaajista (72 %) oli pitkä yli viiden vuoden työkokemus nykyisessä työyksikössään, joka lisää tulosten luotettavuutta, koska heillä oli kokemusta sekä nykyisestä raportointikäytännöstä että myös erilaisista raportointimenetelmistä. Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia (43 %, n = 22) tai ammattikorkeakoulun suorittaneita sairaanhoitajia (29 %, n = 15). Lähi tai perushoitajia oli vastaajista 12 % (n = 6) ja loput olivat erikoissairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia tai osastonhoitajia (16 %, n = 10). Kaikki hoitotyön ammattinimikkeet olivat siis edustettuna, joka on tulosten yleistettävyyden kannalta hyvä asia. Sijaisia vastanneista oli mukana vain 14 % (n = 7).

Osastoilla oli nimetty vuorovastaava 63 prosentissa. Kyselyssä ei selvitetty antaako vuorovastaava iltavuoron raportin. Se käsiteltiin vain taustakysymyksenä. Jatkossa sen selvittäminen voisi olla myös kiinnostavaa, koska sillä on merkitystä sisällön ja laadun kannalta kuinka monta raportin antajaa iltavuoron aluksi on. Vastaajien mukaan valtaosa (98 %, n = 50) vastaanotti raportin vain omista potilaistaan. Raportti pidettiin pääosin kansliassa (70 %), jossa saattaa usein olla hälyä ja huono työrauha. Tulos on yhteneväinen aiempiin tutkimuksiin (O'Connel ym 2008: 3–10; Kerr 2011: 342–348).

Huomion arvoista tuloksissa on se, että hiljaisessa raportoinnissa keskeytyksiä oli enemmän (61 %, n = 14) kuin suullisessa raportoinnissa (51 %, n = 11). Tämä tulos oli yllättävä, koska avoimen kysymyksen vastauksissa korostettiin sitä, että raportin saa vastaanottaa rauhassa. Tuloksissa oli selvä ristiriita, jonka syy ei selvinnyt. Tulokseen tulee tästä syystä suhtautua varauksella. Jos potilaan dokumentit ovat sähköisessä

järjestelmässä, niin tietokoneet ovat pääsääntöisesti hoitajien kansliassa ja se selittää tulosta. Hoitajien kansliassa soi usein puhelimet, potilaat tai lääkärit saattavat tulla kyselemään asioita, mikä aiheuttaa häiriötä. Tulos on yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa. (Lamond 2000: 794; Riesenbergr – Leitzsch – Cunningham 2010: 24–25; Street ym. 2011: 133–134.) Häiriöiden syytä ei kuitenkaan kyselyssä selvitetty, joten tulkinta perustuu aiemmissa tutkimuksissa saatuihin tuloksiin. Yksiköissä, joissa on hiljainen raportointi, avoimista vastauksista ilmeni, että vapaata tietokonetta myös joudutaan usein etsimään. Raportointia täydennettiin tulosteella 57 % prosentissa (suullinen 93 % vs hiljainen 17 %) ja suullisilla lisätiedoilla 39 % prosentilla (suullinen 7 % vs. hiljainen 74 %) ja 4 % (vain hiljainen raportointi) ilmoitti joutuvansa hakemaan potilasdokumenteista itse lisätietoja. Tuloste suullisen raportoinnin tukena varmaan lisää turvallisuutta, mutta se on myös päällekkäistä työtä. Tuloksesta voidaan tehdä johtopäätös, että ainakin osittain sekä raportoinnissa että kirjaamisessa on puutteita, koska kaikki potilaan hoidossa tarvittavat tiedot eivät välity. Häiriöt raportointitilanteessa ja tietokatkokset heikentävät potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuutta suullisessa raportoinnissa paransi tulosten mukaan mahdollisuus erittäin nopeaan tiedon jakamiseen ja hoitokonsultointiin, tietojen tarkentamiseen ja riippumattomuus tietokoneesta sekä kirjaamisessa että raportoinnissa. Erityisesti tiedon välittämisen nopeus koettiin merkittäväksi potilasturvallisuutta parantavaksi seikaksi. Potilasturvallisuus koettiin myös paremmaksi sen vuoksi, että asiat sanottiin ääneen ja potilaan voinnista saatiin täten monipuolisempi ja kattavampi kuva kuin pelkkiä potilasdokumentteja lukemalla olisi saatu. Lisäksi tuloksista ilmeni, ettei kakkia tietoja aina oltu kirjattu, vaan ne kerrottiin suullisesti.

Hiljaisessa raportoinnissa potilasturvallisuutta paransi ajantasainen ja laadukkaampi kirjaaminen, omiin potilaisiin rajattu tietosisältö ja riippumattomuus käsialasta sekä lisätiedon tai hoitokonsultaation saannin mahdollisuus. Erityisesti vastauksissa korostettiin tiedonsaannin häiriöttömyyttä, jolla tarkoitettiin sitä, että tiedon sai itse rauhassa etsiä potilasdokumenteista. Saatu tulos on yhteneväinen aikaisempien tutkimustulosten kanssa. (Puumalainen – Långstedt – Eriksson 2003: 3–5; Winman – Rystedt 2011: 54.)

Vastaajien mukaan osaston raportointikäytäntö ei perustunut hoitosuositukseen, vaan se oli osaston käytäntöön perustuva. Väittämän muoto saattoi olla syynä vastausten

jakaumaan. Jos olisi kysytty, onko nykyisen raportointikäytännön valinta perustunut tutkittuun tietoon, olisi vastausten jakauma voinut olla toisenlainen. Tuloksesta ei tästä syystä voitu tehdä yksiselitteistä johtopäätelmää. Tämän vuoksi asia varmennettiin vielä suullisella kyselyllä osastonhoitajilta. Suullisessa tarkentavassa kysymyksessä kysyttiin, perustuuko nykyinen raportointikäytäntö tutkittuun tietoon. Kaikki osastonhoitajat vastasivat, että käytäntö ei perustunut tutkittuun tietoon, vaan osaston käytäntöön tai muista yksiköistä saatuihin kokemuksiin.

Varsinaisten hoitotyön raportoinnin sisältöön liittyvissä vastauksissa tulokset käsiteltiin ISBAR- raportointimenetelmän osa-alueitten mukaisesti. Tunnistamiseen (Identification) liittyviä väittämiä oli kyselyssä kolme. Kaikista ISBAR- raportointimenetelmän osa-alueista huonoiten toteutui tunnistamiseen liittyvä tiedon välitys hoitotyön raportoinnissa. Potilaan tunnistaminen perustui vuodepaikkatietoon 43 prosentissa ja raportilla ei mainittu onko potilaalla tunnistusranneke. Raportista ilmeni yhteensä vain 64 prosentissa potilaan hoidosta konsultoitavat lääkärit. Tuloksia voidaan pitää huomattavan matalana kaikkien väittämien tulosten osalta. potilasturvallisuus saattaa vaarantua, jos potilaan tunnistaminen ei perustu oikeaksi varmistettuun potilasrannekkeeseen ja hänelle tehdään väärä tutkimus- tai väärä hoitotoimenpide. Samoin potilasturvallisuus voi vaarantua jos ei tiedetä kehen lääkäriin ollaan yhteydessä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa.

Tunnistamiseen liittyvää osa-aluetta raportoinnissa tulee ehdottomasti kehittää, koska käytännössä on ilmennyt, että potilailla ei välttämättä ole tunnistusranneketta lainkaan. Potilaille tehdään erilaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä osaston ulkopuolella ja potilaita voidaan siirtää paikasta toiseen monen eri henkilön toimesta muun muassa potilaskuljettajien. Pelkkää potilaan vuodepaikkatietoa potilaan tunnistamiseksi ei voida pitää luotettavana. Raportilla olisi myös hyvä mainita keitä lääkäreitä potilaan hoidosta konsultoidaan missäkin tilanteesta. Hoitohenkilöstä on kertonut, ettei aina tiedä kenelle voi ja saa soittaa mistäkin potilaan hoitoon liittyvästä asiasta. Tämä asia on noussut esille yhä enenevässä määrin erikoisalojen eriytymisen myötä. Tunnistamiseen liittyvät raportoinnin osa-alueet ovat mitä suurimmassa määrin suoraan vaikuttamassa potilasturvallisuuteen, joka korostuu erityisesti kiireellisissä tilanteissa, joten näitten asioiden tuominen esille saattaisi parantaa potilasturvallista tiedonsiirtoa hoitotyön raportoinnissa.

Hoitotyön raportoinnissa potilaan tilanteeseen (Situation) liittyviä väittämiä oli kyselyssä seitsemän. Raportoinnissa tuli esille päädiagnoosi eli sairaalahoidon syy erittäin hyvin (97 %, n = 49) yhteensä molemmissa raportointimuodoissa. Päädiagnoosi ilmeni suullisessa raportoinnissa selkeämmin (100 %) kuin hiljaisessa raportoinnissa (92 %), mikä oli yllättävää, koska se on keskeinen tieto hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Molemmissa vastaajaryhmissä yhteensä saatiin tulokseksi, että 94 prosentissa (suullinen 97 % vs. hiljainen 92 %) raportin vastaanottajat saavat selkeän kuvan miten potilas voi raportointihetkellä. Tulosta voidaan pitää erittäin hyvänä potilasturvallisuuden kannalta. Kuitenkin 22 % suullisen raportin ja 13 % hiljaisen raportin vastaanottajista oli sitä mieltä, ettei kaikki tarpeellinen tieto siirry. Väittämässä ei eritelty tarkoitettiinko tiedolla potilaan hoitoon liittyviä tietoja vai tietoa yleensä, joten tuloksesta ei voi tehdä tarkempia johtopäätelmiä. Siitä miten potilas itse kokee vointinsa juuri nyt, saatiin tietoa 93 prosentissa suullisessa ja 96 prosentissa hiljaisessa raportoinnissa, mitä tulosta voidaan pitää erittäin hyvänä.

Potilaan taustaa (Background) kartoitettiin vain yhden väittämän avulla. Väittämän mukaan potilaan kaikki muutkin diagnoosit tulevat raportoinnissa esille. Tuloksena saatiin, että molemmissa raportointimuodoissa yhteensä tämä toteutuu 88 prosentissa. Eroa suullisen ja hiljaisen raportoinnin välillä esiintyi kuitenkin tuloksissa. Suullisessa raportoinnissa tämä väittämä toteutui 92 prosentissa ja hiljaisessa raportoinnissa 82 prosentissa. Eroa voidaan pitää melko merkittävänä, mutta molemmissa raportointimuodoissa taustasairaudet tulivat hyvin esille. Taustakohdassa olisi voinut olla hyvä selvittää erikseen myös miten hyvin potilaan allergiat ja mahdolliset infektiot tai tartuntavaara ilmeni. Toisaalta nämä seikat tulee väittämässä, "saan riittävät tiedot potilaan hoidon toteuttamiseksi" esille, josta syystä niitä ei lähdetty erikseen selvittämään.

Potilaan tilan arviointiin liittyvässä kyselyn osiossa (Assessment) oli eniten (n = 8) väittämiä. Väittämien suuri määrä tässä osiossa on perusteltua, koska usean tutkimuksen mukaan potilaiden tilanarviointi on osoittautunut erittäin puutteelliseksi. Ajantasaiset, korkeintaan tuntia aiemmin suoritettut, peruselintoimintojen mittaustulokset ilmenivät raportilla vastaajien mukaan yhteensä vain 80 prosentissa. Ero suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa oli merkittävä (suullinen 78 %, n = 21 vs. hiljainen 87 %, n = 20). Hil-

jaaisessa raportoinnissa nämä asiat tulevat siis paremmin esille. Molemmissa ryhmissä tulosta voidaan pitää kuitenkin melko hyvänä.

Potilaan tajunnan aste ilmeni raportilla yhteensä 98 prosentissa (suullinen 96 % vs. hiljainen 100 %), jota tulosta voidaan pitää erittäin hyvänä. Väittämän ”raportilla ilmenee aina syke, verenpaine happisaturaatio ja lämpö” mukaan mitatut suureet esiintyivät yhteensä vain 57 prosentissa (suullinen 56 %,  $n = 15$  vs. hiljainen 60 %,  $n = 14$ ). Tulosta voidaan pitää huolestuttavan alhaisena, jolla on suuri merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Happisaturaation lisäksi potilaan hengittämisestä raportilla mainittiin ainoastaan 48 prosentissa yhteensä (suullinen 52 % vs. hiljainen 43 %). Tätä tulosta voidaan pitää vieläkin huolestuttavampana ja merkittävänä potilasturvallisuutta heikentävänä asiana. Erityiset kliiniset huomiot kuten esimerkiksi turvotukset, tulevat esille raportoinnissa yhteensä 80 prosentissa. Suullisessa raportoinnissa nämä seikat tulivat paremmin (85 %,  $n = 23$ ) esille kuin hiljaisessa raportoinnissa (74 %,  $n = 17$ ). Eroa voidaan pitää merkittävänä. Kyselyn tulokset ovat samansuuntaisia kuin Buist – Bernard – Nguyen – Anderson (2004: 137–141) ja Nurmi (2005: 43) saivat omissa tutkimuksissaan, jossa selvitettiin potilaiden peruselintoimintojen häiriötilojen yhteyttä elotomuuden esiintymiseen ja sairaalakuolemiin.

Tulosten mukaan potilaan kivun arviointi selvisi yhteensä 94 prosentissa, eikä eri raportointimuotojen välillä ollut merkittävää eroa (suullinen 96 % vs. hiljainen 91 %). Tulosta voidaan pitää hyvänä, mutta kivun arviointi perustui ainoastaan yhteensä 69 prosentissa (suullinen 70 % vs. hiljainen 65 %) johonkin validoituun kipumittariin. Tulos oli yllättävää ja herätti kysymyksen miksi validoituja mittareita ei käytetä. Tuloksista voidaan tehdä johtopäätös, että kivun arvioinnissa saatetaan saada erilaisia tuloksia mitaajasta riippuen. Kivun tehokas hoito edellyttää tehokasta arviointia ja sillä on merkitystä sekä potilaan subjektiivisen voinnin että potilasturvallisuuden kannalta.

Raportilla ilmeni tulosten mukaan melko hyvin yhteensä 83 prosentissa mistä voisi olla kyse, jos potilas ei voinut hyvin. Suullisessa raportoinnissa tämä seikka tuli huomattavasti paremmin (89 %) esille verrattuna hiljaiseen raportointiin (74 %). Eroa voidaan pitää erittäin merkittävänä. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi olisi tärkeää tuoda esille raportoinnissa myös oma näkemys potilaan voinnin muutoksen syistä. Tämä olisi tärkeää, jotta hoitohenkilöstö voisi yhdessä miettiä mitä tutkimuksia tai hoitotoimenpi-

teitä potilas mahdollisesti saattaisi tarvita, tarvittavat lääkärikonsultaatiot tulisi tehtyä ja miten hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Vastaajista lähes kolmasosa (28 %) oli sitä mieltä, että raportin sisältö kuvasi enemmän jo tapahtuneita asioita, kuin kertoi nykyhetkestä ja miten potilaan hoidossa tulisi edetä. Hiljaisessa raportoinnissa (34 %,  $n = 8$ ) tämä ilmiö esiintyi suullista raportointia yleisemmin (23 %,  $n = 6$ ). Eroa raportointikäytäntöjen välillä voidaan pitää merkittävä. Tuloksista ilmeni, että suullisessa raportoinnissa tiedot päivittyvät nopeammin. Potilasturvallisuuskulmasta tarkasteltuna potilaan tilan arvioon liittyvät osioista osa toteutui paremmin hiljaisessa raportoinnissa ja osa suullisessa raportoinnissa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että suullisessa raportoinnissa potilasturvallisuus toteutuu paremmin tiedonsiirrossa kuin hiljaisessa raportoinnissa, vaikka joissakin yksittäisissä tilan arvioinnin osa-alueissa hiljaisessa raportoinnissa saatiin paremmat tulokset. Valtaosa vastaajista yhteensä 94 % oli sitä mieltä, että raportista sai riittävät tiedot potilaan hoidon toteuttamiseksi. Eroa suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa ei esiintynyt merkittävässä määrin. Raportin tulisi kuvata potilaan nykytilannetta ja myös sitä miten potilaan hoidossa edetään, eikä jo tapahtuneita asioita. Tähän seikkaan tulisi kiinnittää huomiota raportointia kehitettäessä.

Kyselyssä selvitettiin ISBAR- rakenteellisen raportointimenetelmän kohtaa suositukset (Recommendation) vain yhden väittämän avulla. Väittämässä, jossa raportin antajan tai konsultaation tekijän mahdolliset ehdotukset potilaan tutkimiseksi ja hoitamiseksi olisivat olleet tarkastelun kohteena, selvitettiin ainoastaan potilaan voinnin seuranta-alueen osalta. Tämän osa-alueen tarkastelu muutoin olisi edellyttänyt hoitotyön kirjaamisen tarkastelua, eikä se ollut tämän opinnäytetyön tarkoitus. Tieto siitä, kuinka usein potilaan tilaa tulisi seurata, ilmeni yhteensä 72 prosentissa. Ryhmien välillä oli vain pieni ero (suullinen 70 %,  $n = 19$  vs. hiljainen 73 %,  $n = 16$ ), joka ei ollut merkittävä. Tulosta voidaan pitää melko hyvänä, mutta potilasturvallisuuden varmistamiseksi kunkin potilaan sovitusta tai suositeltavista seuranta-alueista tulisi raportilla välittyä tieto selkeästi.

Aikaisempien julkaistujen tutkimusten mukaan hoitotyön raporttien sisältö oli sangen usein lääketiedepainotteinen ja tiedonannossa käsiteltiin asioita enemmän taannehtivasti (retrospektiivisesti) kuin nykytilannetta kuvaavana tai tulevaisuuteen suuntautuvi-



na (prospektiivisesti). (O'Connel ym 2008: 3–10; Riesenbergy ym 2009: 196–202; Riesenbergy ym 2010: 24–30; Cordon – Findley 2011: 1081–1087.) Tässä opinnäytetyössä ei tarkasteltu erikseen hoitotyön ja lääketieteen näkökulmaa potilaan hoidossa, koska sillä ei ollut raportoinnin rakenteellisuuden kannalta merkitystä. Raportin suuntautuminen jo tapahtuneisiin asioihin oli tulosten mukaan yhteneväinen aiempiin tutkimustuloksiin.

Tutkimusta erilaisten raportointikäytäntöjen tehokkuudesta ja hoitohenkilöstön, sekä potilaiden käsityksistä on tehty Suomessa ja muualla maailmassa melko paljon. Erilaisten raportointikäytäntöjen hyödyistä ja haitoista sen sijaan on erittäin vähän tehty Suomessa. Kansainvälisesti asiaa on tutkittu melko laajalti ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja niihin perustuvia meta-analyyskejä löytyi myös. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan vain pieni osa tehdyistä tutkimuksista voitiin luokitella hyvälaatuisiksi. Meta-analyysien perusteella ei voitu todeta minkään raportointimuodon olevan selkeästi toista parempi. (O'Connel ym 2008: 3–10; Riesenbergy ym 2009: 196–202; Riesenbergy ym 2010: 24–30; Cordon – Findley 2011: 1081–1087.) Tässä opinnäytetyössä verrattiin kahta erilaista raportointikäytäntöä ja saatiin esille jonkin verran tilastollisia eroja suullisen ja hiljaisen raportoinnin välillä ISBAR- raportointimenetelmän mukaisissa tietoa-alueissa, mutta tuloksien perusteella ei voi tehdä suoraa johtopäätöstä siitä, että toinen raportointitapa olisi selkeästi toista parempi. Tulosta ei voi verrata aiempiin tutkimuksiin, koska suullista ja hiljaista raportointia tästä näkökulmasta ei ole verrattu.

Vaikka hoitotyön raportoinnista tehdyissä tutkimuksissa tuli esille potilasturvallisuutta heikentäviä seikkoja, ei yhdessäkään tutkimuksessa suoranaisesti tarkasteltu potilasturvallisuusnäkökulmaa. Tuloksissa kuitenkin mainittiin potilasturvallisuutta uhkaavia seikkoja liittyen hoitotyön raportointiin. (Lardner 1996: 2; Riesenbergy – Leitzsh – Little. 2009: 196–197; Riesenbergy ym. 2010: 196–197; Street ym. 2011: 133-140; Niemi-Murola – Mäntyranta 2011: 21) Potilasturvallisuudesta Suomessa tehdyissä opinnäytetöissä ja tutkimuksissa ei varsinaisesti tarkasteltu hoitotyön raportointia, mutta saaduissa tuloksissa ilmeni tiedonkulkuun liittyviä puutteita (Yli-Villamo 2008: 23–58; Kurronen 2011: 31–33; Tirkkonen 2011: 23–54; Varis 2011: 17–49). Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset ovat aiemmissa tutkimuksissa ja opinnäytetöissä saatujen tulosten kanssa samansuuntaisia hoitotyön tiedonkulussa ilmenevien puutteiden osalta.

Yhteenvedona tämän opinnäytetyön kyselyn tuloksista ilmeni, että vuoronvaihtoon liittyvä hoitotyön raportointi ei perustunut tutkittuun tietoon ja puutteita hoitotyön tiedonkulussa ilmeni kaikilla osa-alueilla ISBAR- rakenteellisen raportointimenetelmän mukaisessa tarkastelussa kummassakin raportointikäytännössä. Kuitenkin raportoinnissa voidaan todeta saatujen tulosten perusteella todeta olevan jokin selkeä rakenne, koska kaikkiin kyselyssä oleviin osa-alueisiin saatiin vastaukset. Kyselyn tulosten perusteella ilmeni selkeitä eroja suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa potilaan peruselintoimintojen suureitten siirtymisessä, mutta tietosisältöalueet olivat molemmissa raportointimuodoissa samat.

Kaikkein huonoimmin raportoinnissa toteutui tunnistamiseen liittyvä osa-alue, joka toteutui vajaassa 40 prosentissa kaikki osatekijät yhteenlaskettuna. Potilaan sen hetkinen tilanne tuli raportoinnissa pääosin hyvin (yli 80 %) esille, kaikki osatekijät yhteenlaskettuna. Potilaan taustasairauksista saatiin raportoinnissa parhaiten (88 - 94 %) tietoa, jota tulosta voidaan pitää erittäin hyvänä. Potilaan tilanarvioon liittyvien tietojen tiedottaminen toteutui hiukan alle 80 prosentissa kaikki osatekijät yhteenlaskettuna, mutta potilaan hengittämiseen liittyvät tiedot olivat erittäin puutteellisia ja kokonaisuudessaan potilaan vitaalielintoimintojen tulokset ilmenivät vain noin 60 prosentissa hoitotyön raportoinnissa. Kummassakin raportointikäytännössä ilmeni selviä potilasturvallisuutta heikentäviä puutteita. Hoitotyön raportointia tulisikin kehittää erityisesti potilasturvallisuusnäkökulmasta. ISBAR- menetelmän käyttö saattaisi parantaa potilasturvallisuutta ja toimia samalla tarkistuslistana siitä, että kaikki sisältöalueet ilmenisivät raportoinnissa. Tulisi myös asettaa mittari, jolla selvitetään missä prosenttilukemassa kukin tietöalue toteutuu ja asettaa niille tavoitetasot.

## 10.2 Jatkosuositukset

Koska raportointikäytännöt eivät perustuneet tämän opinnäytetyön tulosten mukaan tutkittuun tietoon, tulisi asiaa selvittää laajemmalti kuinka yleistä on, että vallitseva raportointikäytäntö perustuu ainoastaan osaston käytäntöön. Jatkoselvityksiä tulisi tehdä myös siitä, miksi tutkittua tietoa ei hyödynnetä raportointikäytännöstä toiseen siirryttäessä päätöksiä tehtäessä. Hoitotyön pitäisi olla näyttöön perustuvaa ja sitä HUSissa pyritään edistämään muun muassa klinisten asiantuntijoiden välityksellä. Jat-

kosuosituksena on, että yksiköt hyödyntäisivät tämän opinnäytetyön tuloksia ja lisäksi oman kliinisen asiantuntijansa avulla etsisivät tutkimustietoa toiminnan kehittämisessä ja arvioinnissa. Raportoinnin sisältöä, rakennetta ja merkitystä potilasturvallisuuden toteutumisessa tulisi tutkia.

Hoitotyön raportoinnista tehdyistä tutkimuksissa todettiin, että tuloksista oli vaikea tehdä suoria johtopäätöksiä sekä yleistyksiä monien erilaisten tutkimukseen liittyvien muuttujien takia. Muun muassa raportointitilanteeseen liittyvien häiriötekijöiden arvioiminen koettiin hankalaksi, koska sitä ei ollut kyetty vakioimaan tutkimusasetelmissa. Lisäksi raportinantajien oma persoona, koulutus ja työkokemus vaikuttivat tutkimustuloksiin. (O’Connel ym 2008: 3–10; Riesenbergy ym 2009: 196–202; Riesenbergy ym 2010: 24–30; Cordon – Findley 2011: 1081–1087.) Tutkimusten keskinäisen vertailtavuuden vuoksi tulisi myös sopia selkeät ja yhtenäiset tarkasteltavat muuttujat.

Tässä opinnäytetyössä häiriötekijöiden tarkempi luokittelu jätettiin pois, koska aiheen laajuuden ja käsitteiden määrittelemättömyyden vuoksi siitä olisi saanut oman opinnäytetyönsä. Tarkempaa tarkastelua vastaajien koulutuksen, työkokemuksen ja persoonallisuuden vaikutuksesta tässä opinnäytetyössä ei myöskään otettu tarkasteluun, koska niistäkin tekijöistä saisi laajan opinnäytetyön. Näitten osa-alueitten merkityksestä hoitotyön raportointiin ja potilasturvallisuuteen saattaisi olla hyvä tutkia tulevaisuudessa.

Tämän opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta tiedonkulkuun liittyvistä potilasturvallisuusriskeistä ja toisena tavoitteena antaa tietoa rakenteellisen raportoinnin menetelmästä sekä potilaan senhetkisen voinnin raportoinnin merkityksestä potilaan hoidossa. Jatkosuosituksena on, että tämän opinnäytetyön pohjalta voitaisiin kehittää tarkistuslista niistä asioista, jotka vuoronvaihtoon liittyvässä hoitotyön raportoinnissa ovat potilasturvallisuuden kannalta merkittäviä.

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti se, että hoitotyön raportointia ei ollut potilasturvallisuuskulmasta tarkasteltu aiemmin. Toinen aiheen valintaan ja tarkastelunäkökulmaan vaikuttava seikka oli se, että Suomen Sairaanhoitajaliitto suosittelee hoitotyön raportoinnin kehittämistä ja on tehnyt suomenkielisen ohjeen ISBAR- menetelmän käytöstä ja tehnyt mallikortit kiireettömään ja kiireelliseen potilaan vointiin liittyvien asioiden raportointiin. Suomen sairaanhoitajaliitto on mukana THL:n potilastur-

vallisuutta taidolla hankkeessa kehittämässä potilasturvallisuutta ja myös tehnyt ISBAR-menetelmästä mallit (Liite 3), joka löytyy heidän verkkosivuiltaan (Sairaanhoitajaliitto 2012). Jatkossa olisi hyvä myös tutkia ISBAR- menetelmän käyttöön oton jälkeen, onko se parantanut potilasturvallisuutta ja selkeyttänyt raportointikäytäntöjä.

## Lähteet

Julkaistut lähteet:

Arkistolaki.23.9.1994/831. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>>. Luettu 24.10.2011.

Benson, Ember – Rippin-Sisler, Catherine – Jabusch, Kimberly – Keast, Shelley.2007. Improving Nursing Shift-to-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality* 80–94.

Buist M, Bernard S, Nguyen T, Moore G, Anderson J. 2004. Association between clinically abnormal observation and subsequent in-hospital mortality: a prospective study. *Resuscitation* 62 (2). 137–141.

Cahill, Jo. 1998. Patients perception of bedside handovers. *Journal of Clinical Nursing* 7 354–358.

Chaboyer, Wendy – McMurray, Anne – Johnson, Joanne – Hardy, Linda – Wallis, Marianne – Ying, Fang. 2009. Bedside Handover. Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside". *Journal Nursing Care Quality* 136–142.

Chaboyer, Wendy – Mc Murray, Anne – Wallis Marianne. 2010. Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice* 16 27–34.

Cordon, Morris – Findley, Rebecca. 2011. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical education* 1081–1089.

Deakin, Charles D – Nolan, Jerry P – Soar, Jasmeed – Sunde, Kjetil – Koster Rudolf W – Smith Garry B – Perkins Gavin D. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation* 81. 1307

Dowding, Dawn. 2000. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing* 33 (6) 836–846.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>>. Luettu 24.10.2011

Gordon, Morris – Findley, Rebecca. 2011. Education and interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical Education* 45 1081–1089.

Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo. 2011a. Mitä on potilasturvallisuus. Teoksessa *Potilasturvallisuus. Kliinikko käsikirjat*. Helsinki: Edita Prima Oy. 11–22.

Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo. 2011b. Potilasturvallisuuden edistäminen muualla ja Suomessa. Teoksessa *Potilasturvallisuus. Kliinikko käsikirjat*. Helsinki: Edita Prima Oy. 23–46.

- Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo. 2011c. Potilasturvallisuuden varmistamisen työkaluja. Teoksessa Potilasturvallisuus. Kliinikko käsikirjat. Helsinki: Edita Prima Oy. 202–216.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523  
Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>>. Luetu 24.10.2011
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007a. Aiheen valinta ja rajaaminen. Teoksessa Tutki ja kirjoita. 13 uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 66–88.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007b. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Tutki ja kirjoita. 13 uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 119–162.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007c. Ainesiton hanikinnan suunnittelu. Teoksessa Tutki ja kirjoita. 13 uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 172–185.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007d. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa Tutki ja kirjoita. 13 uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 216–225.
- Hoffrén, Päivi – Huovinen, Henna – Mykkänen, Minna. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 75 / 2011: 12. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo. 2–84.
- Jha, A D – Prasopa-Plaizier, N – Larizgoitia, I – Bates, D W. 2010. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality Safety in Health Care* 19 42–47.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009a. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähestymistapoja. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy. 39–61.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009b. Tutkimusprosessi kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy. 63–149.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009c. Tutkimuksen luotettavuus. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy. 151–170.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009d. Tutkimuksen eettisyys. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy. 171–198.
- Kerr, Depra – Ly, Sai – McKinlay, Luise – Fuller, Christine. 2011. Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *International Journal of Practise*. 17 342–350.

- Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy. (77-97)
- Kinnunen, Marina – Keistinen, Timo – Ruuhilehto, Karin – Ojanen, Juhani. 2009. Kaavio potilasturvallisuudesta. Teoksessa Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki:Yliopistopaino. 13.
- Kohn, Linda T – Corrigan, Janet M – Donaldson, Molla S. (toim.) 2000. To err is human –Building a safer health system. Institute of Medicine. Free executive summary. Verkkodokumentti. <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Luettu 24.10.2011.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 24.10.2011.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Luettu 24.10.2011.
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>>. Luettu 24.10.2011.
- Läkelaki 10.4.1987/395. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>>. Luettu 24.10.2011.
- Lamond, Dawn. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of Advanced Nursing 31 (4) 794–804.
- Lardner, Ronny. 1996. Effective Shift Handover – A Literature Review. Offshore technology report – OTO 96 003. Health and Safety Executive Report 1–17.
- Manias, Elizabeth – Street, Annette. 2000. The handover: uncovering the hidden practices of nurses. Intensive and Critical Care Nursing 16 373–383.
- Meißner, Anne – Hasselhorn, Hans-Martin – Estry-Behar, Madeleine – Nézet, Olivier – Pokorski, Janusz – Gould, Dinah. 2007. Nurses´ perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses´ Early Exit Study. Journal of Advanced Nursing. 535–542.
- Mistrzyk, Tomasz. 2011. Integrated analysis of Communication in hierarchical task models focused on medical Critical systems. Teoksessa Duffy V (toim.) Advances in human factors and economics in healthcare. 501–518.
- Niemi-Murola, Leila – Mäntyranta, Taina. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiaamme. Finnanest. 44 (1) 21–23
- Nurmi, Jouni. 2005. Improving the Response to Cardiac Arrest – Studies on Organisational and Educational Aspects. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

- O'Connell, Bev – Macdonald, Kate – Kelly, Cherene. 2008. Nursing handover: It's time for a change. *Clinical Nursing* 30 (1):2–11.
- Pasternac, Amos. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122 2459-70.
- Peltomaa, Karolina. 2009a. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy. 1–27.
- Peltomaa, Karolina. 2009b. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy. 77–97.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>>. Luettu 24.10.2011.
- Puumalainen, Anne – Långstedt, Karin – Eriksson, Elina. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 1 (1) 4–9.
- Randel, Rebecca – Wilson, Stephanie, Woodward, Peter – Galliers, Julia. 2011. The ConTratO model of handover: a tool to support technology design and evaluation. *Behavior & Information Technology*. 489–498.
- Reason, James. 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal (BMJ)* 320 768–770 Verkkodokumentti.  
<<http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full.pdf>>. Luettu 24.10.2011.
- Riesenberg, Lee Ann – Leitzsch, Jessica – Little, Bria W. 2009. Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal of Medical Quality*. 24 196–202.
- Riesenberg, Lee Ann – Leitzsch, Jessica – Cunningham, Janet M. 2010. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of nursing*. April vol. 110 (4) 24–32.
- Snellman, Erna. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy. 29–41.
- Soar, Jasmeed – Perkins, Gavin D – Abbas Gamal – Alfonzo, Annette – Barelli, Alessandro – Joost, J L M – Bierens, Herman Brygger – Deakin, Charles D – Dunning, Joel – Georgiou, Marios – Handley, Anthony J – Lockey, David J – Paal, Peter – Sandroni, Claudio – Thies, Karl-Christian – Ziderman, David A – Nolan, Jerry P. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. 2010. Section 8. Cardiac arrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. *Resuscitation* (81) 1415.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stake-sin työpapereita 28 / 2006. Helsinki: Valopaino Oy. 4–10.



- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110341.pdf>>. Luettu 24.10.2011.
- Sosiaali ja terveysministeriö (STM) 2009a. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä ja työvaliokunnat edistävät potilasturvallisuutta. Ohjausryhmän raportti. Helsinki 2009: 3. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10213.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10213.pdf)>. Luettu 24.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2009b. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009:11–12. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)>. Luettu 24.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>>. Luettu 24.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2006. Opas sähköisen potilasasiakertomuksen rakenteesta versio 2.00. Verkkodokumentti.  
<<http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-rakenne-2006-02-28.doc>>. Luettu 24.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2004. Tiedote 21/2004. Sähköinen potilaskertomus käyttöön koko maassa. Verkkodokumentti.  
<<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1266821>>. Luettu 3.12.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Verkkodokumentti.  
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm>>. Luettu 28.11.2011.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimuslaitos (STAKES) – Lääkehoidon kehittämiskeskus (Roh-to). 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Valopaino Oy. 1–11.
- Street, Maryann – Eustace, Paula – Livingston, Patricia M – Craike, Melinda J – Kent, Bridie – Patterson, Denise. 2011. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. International Journal of Nursing Practice. 17 133–140.
- Tanttu, Kaarina. 2008. Sähköinen kirjaaminen tukee esimiehen päätöksentekoa. Pre-missi 2 2008: 27–29.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino. 7–32.

Terveystieteiden laiti. 30.12.2011/1326Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Luettu 24.10.2011.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>>. Luettu 24.10.2011.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101089>>. Luettu 8.11.2011.

Wilksman, Kaarina. 1999. Arkikielen vaikutus kirjaamiseen. Hoitotyön vuosikirja 1999. Tampere: Tammerpaino Oy. 45–53.

Winman, Thomas – Rystedt, Hans. 2011. Electronic patient records in action – Transforming information into professionally relevant knowledge. Health Informatics Journal. 17 51–62.

Julkaisemattomat lähteet:

Ensio, Anneli. 2009. Hoitotyön systemaattinen, rakenteinen kirjaamismalli. Luentoesitys. Verkkodokumentti.

<<http://www.kirke.fi/AE09.pdf>>. Luettu 3.12.2011

Euroopan yhteisöjen unioni (EU). 2009. European Union Network for Patient Safety. Verkkodokumentti.

<[http://90plan.ovh.net/~extranetn/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5&Itemid=6](http://90plan.ovh.net/~extranetn/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6)>. Luettu 24.10.2011

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) 2005. Viisas oppii virheistä. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;14828;14829;7967;8578;8593;8598>>. Luettu 24.10.2011

Kurronen, Paula. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro- vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kuuppelomäki, Merja. 1994. Vuoteenvierusraportoinnin edut ja haitat. Hoitotiede Vol. 6 (4) 172–176.

Laine, Eeva-Kaisa. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Ritmala-Castrén, Maarit. 2005. Viisas oppii virheistä. Sairaanhoitajaliitto. Ammatilliset urapalvelut verkkosivusto. Verkkodokumentti.

<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2\\_2005/laakehoito/viisas\\_oppii\\_laakehoidon\\_virheis/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2005/laakehoito/viisas_oppii_laakehoidon_virheis/)>. Luettu 3.12.2011.

Ruuskanen, Susanna. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen . – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro- gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Seppänen, Jukka. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus – kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Tanttu, Kaarina. 2008. Suomalaisen hoidon tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1, Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus SHToL 2.0.1. ja Suomalaisen hoidon tuloluokitus 1.0. THL:n verkkomateriaalia. Verkkodokumentti. <[http://www.google.fi/search?q=fincc+luokitukset&sourceid=navclient&hl=fi&rlz=1T4GGLG\\_fiF1321F1312&oq=FinCC&aq=1&aqi=g4&aql=&gs\\_sm=e&gs\\_upl=44261637910113760151010101014411154212-3.1.11510](http://www.google.fi/search?q=fincc+luokitukset&sourceid=navclient&hl=fi&rlz=1T4GGLG_fiF1321F1312&oq=FinCC&aq=1&aqi=g4&aql=&gs_sm=e&gs_upl=44261637910113760151010101014411154212-3.1.11510)>. Luettu 3.12.2011.
- Timonen, Leena. 1996. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä ja kokemuksia vuoteenvierusraportoinnista kirurgisilla vuodeosastoilla. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.
- Tirkkonen, Helena. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa kysely henkilöstölle. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Varis, Marja. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- World Health Organization (WHO) 2004. World Alliance for Patient Safety. Forward programme. 2005. Verkkodokumentti. <[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)>. Luettu 24.10.2011.
- World Health Organization (WHO) 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: 58–59. Verkkodokumentti. <[http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF\\_18.pdf](http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf)>. Luettu 27.2.2012.
- Yli-Villamo, Rami. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN KYSELYSTÄ  
SAATEKIRJE VASTAAJALLE

*Arvoisa vastaaja – kollega,* pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyni, joka vie noin 15 minuuttia. Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa päivittääkseni sairaanhoitajatutkintoni AMK -tutkinnoksi. Tutkintooni liittyvän opinnäytetyön aiheeksi olen valinnut: Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus – Suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla.

Pyydän sinua arvioimaan osastollasi toteutuvan raportointimenetelmän sisältöä yleisellä tasolla. Arvioinnin kohteena on iltavuoron aluksi vastaanotettu raportti.

Vastauksesi kaikkia tietoja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Aineistoa käsitellään nimettömänä. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti, eikä kehtään kyselyyn osallistuneista voida tunnistaa.

*Yhteistyöstä kiittäen*

Leila Saari  
Kaislikontie 2 as 2  
04600 Mäntsälä  
050 4270533

Leena Timonen  
Erikoissuunnittelija  
Sähköisen kyselyn  
toteuttaja 050 4270538

Tuija Uski-Tallqvist  
Lehtori  
Metropolia AMK  
020 7835688

**HOITOTYÖN TIEDONKULKU JA POTILASTURVALLISUUS**

Valite kysymyksistä sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

**1. Sairaala, jossa työskentelet?**

- ☐ Töölön sairaala  
☐ Kirurginen sairaala

**2. Osasto, jolla työskentelet?**

- ☐ Osasto 2  
☐ Osasto 4  
☐ Osasto 5  
☐ Osasto 9

**3. Ammattinimikeeni?**

- ☐ Lähi-tai perushoitaja  
☐ Sairaanhoitaja  
☐ Sairaanhoitaja AMK  
☐ Erikoissairaanhoitaja  
☐ Apulaisosastonhoitaja  
☐ Osastonhoitaja

**4. Vuorovastaava ?**

- ☐ Osastolla on iltavuorossa nimetty vuorovastaava  
☐ Osastolla ei ole nimettyä vuorovastaavaa

**5. Työkokemus nykyisessä yksikössä?**

- ☐ <1 v  
☐ 1-2 v  
☐ 3-4v  
☐ 5-10 v  
☐ 11-14 v  
☐ > 15 v

**6. Työsuhteen laatu?**

- ☐ Vakinainen  
☐ Sijainen

**7. Raporttimuoto iltavuoroon tuleville henkilöille?**

- ☐ Suullinen raportointi  
☐ Hiljainen raportointi

**8. Raportointitila?**

- ☐ Kanslia  
☐ Potilashuone  
☐ Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

**9. Raporttia täydentää**

- ☐ Tuloste  
☐ Suulliset lisätiedot

☐ Joudun itse etsimään lisätiedot

#### 10. Raportti perustuu?

- ☐ Hoitosuositukseen  
☐ Osaston käytäntöön  
☐ En tiedä

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
11. Vastaanotan raportin vain omista potilaistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saan vastaanottaa raportin rauhassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Raportti keskeytyy usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Raportilla ei siirry kaikki tarpeellinen tieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Potilaan tunnistaminen perustuu potilaan vuodepaikkatietoon (esim. 2:4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Raportilla ilmenee onko potilaalla tunnistusranneke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Raportilla ilmenee potilaan hoidosta konsultoitavat lääkärit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Potilaan päädiagnoosi käy aina ilmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Raportilla saan selkeän kuvan potilaan voinnista sillä hetkellä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Raportilla tulevat myös esille kaikki muut potilaan diagnoosit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Saan tiedon siitä miten potilas kokee vointinsa juuri nyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
22. Raportista ilmenee myös ajantasaiset peruselintoiminnat* (* Ajantasaisilla peruselintoiminnoilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tarkoitetaan korkeintaan tuntia ennen raporttia tehtyjä mittauksia ja arvioita)					
23. . Raportista ilmenee aina: syke, verenpaine, happisaturaatio ja lämpö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Happisaturaation lisäksi ilmenee tieto miten potilas hengittää** (** Hengittämiseen liittyviä tietoja ovat mm.: hengitysteiden avoimuus, hengitystapa, hengitystaajuus, puheentuottokyky ja hengityksen apulihasten käyttö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Potilaan hengittamisestä ei raportilla saa mitään tietoa** (** Hengittämiseen liittyviä tietoja ovat mm.: hengitysteiden avoimuus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raportista ilmenee tieto potilaan kivun arvioinnista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Kivun arviointitieto perustuu kipumittariin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Saan selkeän kuvan kuinka usein potilaan tilanarvio tehdään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Joudun usein täydentämään tietoja potilasdokumenteista raportin jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Raportin sisältö kuvaa enemmän jo tapahtuneita asioita, kuin kertoo nykyhetkestä tai miten potilaan hoidossa tulisi edetä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Saan raportista riittävät tiedot potilaan hoidon toteuttamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Olen täysin tyytyväinen nykyiseen raporttikäytäntöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Raportista ilmenee tieto potilaan kivun arvioinnista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Kivun arviointitieto perustuu kipumittariin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Saan selkeän kuvan kuinka usein potilaan tilanarvio tehdään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Joudun usein täydentämään tietoja potilasdokumenteista raportin jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Raportin sisältö kuvaa enemmän jo tapahtuneita asioita, kuin kertoo nykyhetkestä tai miten potilaan hoidossa tulisi edetä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Saan raportista riittävät tiedot potilaan hoidon toteuttamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Olen täysin tyytyväinen nykyiseen raporttikäytäntöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mielestäni raportointia tulisi kehittää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. Miten nykyinen raportointikäytäntö osastollasi tukee potilasturvallisuutta?**

---



---



---





---



## Suomen Sairaanhoitajaliiton ohje raporttitilanteita varten

## 1. Kiireetön tilanne

 <b>ISBAR</b> – kiireetön tilanne  Sairaanhoitajaliitto	
<b>1. Identify</b> Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nimesi, ammatti, yksikkö</li> <li>• Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus</li> </ul>
<b>2. Situation</b> Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syy raportointiin</li> </ul>
<b>3. Background</b> Tausta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat</li> <li>• Allergiat</li> <li>• Tartuntavaara/eristys</li> </ul>
<b>4. Assessment</b> Nykytilanne Raportoi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitaalielintoiminnot</li> <li>• Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li> </ul>
<b>5. Recommendation</b> Toimintaehdotus Ehdota   Varmista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarkkailun lisäämistä</li> <li>• Toimenpidettä</li> <li>• Siirtoa toiseen yksikköön</li> <li>• Hoitosuunnitelman muutos</li> <li>• Kuinka kauan...?</li> <li>• Kuinka usein...?</li> <li>• Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> <li>• Onko vielä kysyttävää?</li> <li>• Olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>

## Suomen Sairaanhoitajaliiton ohje raporttitilanteita varten

## 1. Kiireellinen tilanne

 <b>ISBAR</b> – kiireellinen tilanne  Sairaanhoitajaliitto	
<b>1. Identify</b> Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nimesi, ammatti, yksikkö</li> <li>• Potilaan nimi, ikä ja sosiaalitytunnus</li> </ul>
<b>2. Situation</b> Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syy raportointiin</li> </ul>
<b>3. Background</b> Tausta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat</li> <li>• Allergiat</li> <li>• Tartuntavaara/eristys</li> </ul>
<b>4. Assessment</b> Nykytilanne Raportoi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitaalielintoinnot</li> <li>A: Ilmatie</li> <li>B: Hengitys, saturaatio</li> <li>C: Pulssi, verenpaine</li> <li>D: Tajunnan taso (GCS), kipu</li> <li>E: Lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset, näkyvät merkit</li> <li>• Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li> </ul>
<b>5. Recommendation</b> Toimintaehdotus Ehdota  Varmista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Välitöntä toimenpidettä</li> <li>• Tarkkailun lisäämistä</li> <li>• Toimenpidettä</li> <li>• Siirtoa toiseen yksikköön</li> <li>• Kuinka kauan...?</li> <li>• Kuinka usein...?</li> <li>• Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> <li>• Onko vielä kysyttävää?</li> <li>• Olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>